



.....
imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy

Bydgoszcz, dnia

.....
adres zamieszkania do korespondencji/ siedziba

.....
numer telefonu kontaktowego

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami, przed wypełnieniem proszę zapoznać się z zasadami na odwrocie wniosku

1. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce):

a) w formie:

- ☐ do wglądu ☐ kopii ☐ na informatycznym nośniku danych KT, RTG)
☐ oryginału (uzasadnienie przyczyny wydanie oryginału proszę załączyć do wniosku)

b) w zakresie: dokumentacja medyczna z

(nazwa komórki organizacyjnej np.: oddziału/poradni/pracowni)

- ☐ w całości
☐ w części:
(np. karty informacyjnej, historii zdrowia i choroby, wyników badań: podać jakich)

c) za okres: (od-do, data hospitalizacji, data wizyty)

d) wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w danym zakresie po raz: pierwszy / kolejny (zakreślić właściwe)

2. Dane Pacjenta, którego dokumentacja medyczna dotyczy:

imię/imiona..... nazwisko.....

adres zamieszkania.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nr telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(nie obowiązkowo)

3. Sposób odbioru dokumentacji, w przypadku jej wydania (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce):

- ☐ odbiorę osobiście (data odbioru),
☐ odbierze osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej,
☐ odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku,
☐ odbierze osoba, której dokumentacja dotyczy,
☐ proszę przesłać na adres wnioskodawcy listem poleconym,
☐ inne

4. Oświadczenie: Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w KPCP (stanowiący załącznik do Wniosku), rozumiem i akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz mam świadomość obowiązku pokrycia kosztów jej wykonania (z uwzględnieniem wyjątków).

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

5. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Potwierdzam udostępnienie:	W przypadku wydania dokumentacji medycznej:
☐ do wglądu	☐ liczba stron: opłata za 1 stronę: łącznie do zapłaty:
☐ wydanie dokumentacji medycznej	☐ zwolniony z opłat

.....
Data i podpis osoby udostępniającej

.....
Data i podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej do odbioru

6. Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej (w przypadku wydania oryginału):

Potwierdzam zwrot wnioskowanej dokumentacji medycznej:

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację
/ osoby dokonującej zwrotu

.....
Data i podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej