

CONCORDIA PLUS
ul. Komunalna 8
75-724 Koszalin

Koszalin, dnia.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej.

prawny, osoba upoważniona):

1. Dane wnioskodawcy (pacjent, opiekun

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

2. Dokumentacja medyczna dotyczy: Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL

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

3. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji medycznej (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu)

- ☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

1. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w gabinecie prywatnym: kardiologicznym/ neurologicznym – niepotrzebne skreślić):

w okresie (podać datę pobytu, konsultacji, badania):

2. Wnioskuje o (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

- ☐ sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem, ☐ sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej, ☐ sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej, ☐ wydanie na informatycznym nośniku danych (płyta CD/DVD), ☐ sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu).

4. Dokumentacja wymieniona w pkt. 2 (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

- ☐ zostanie odebrana osobiście,
☐ proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1
☐ proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail:

.....

Oświadczam, że mam świadomość zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną.

(podpis wnioskodawcy)

Pouczenie:

1. Pacjent nie może żądać udostępnienia oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów.
2. Udostępnienie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
3. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do udostępnienia dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
4. W przypadku nieodebrania zleconej do przygotowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów na podstawie wystawionej faktury bez podpisu.
5. Administratorem danych osobowych jest CONCORDIA PLUS Włodzimierz Stawski i Zbigniew Stawski Spółka Cywilna z siedzibą przy ul. Komunalnej 8 75-724 Koszalin NIP 6692572039 REGON 525059283 e-mail: zstawski@interia.pl

POTWIERDZENIE WPŁYWU: Data:

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki:

.....
(czytelny podpis pracownika)

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Wnioskowaną dokumentację (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):
..... ☐ wysłano listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru: nr nadawczy: adres:

..... dnia:

..... ☐
odebrała osoba

upoważniona ☐

odebrano osobiście Ja, niżej podpisany (a) potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie weryfikacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej oraz weryfikacji tożsamości osoby odbierającej na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość ze zdjęciem: Imię i nazwisko :

.....
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)