

CZĘŚĆ I. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Jastrzębie-Zdrój, dnia

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy
(pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy)

.....
adres

.....
seria i nr dowodu osobistego

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny
dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju
44-335 Jastrzębie-Zdrój
ul. Kościuszki 14

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

..... w zakresie:
(Imię i nazwisko pacjenta i nr PESEL)

- całej dokumentacji medycznej;
- dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:
- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
- Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:
.....
.....

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- w formie kopii;
- na elektronicznym nośniku danych (np. płyta cd);
- inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej¹:

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie².

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

¹ Pozostałe formy określone w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

² Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

CZĘŚĆ II. WYPEŁNIA PRACOWNIK SZPITALA

1. Weryfikacja wniosku oraz dokumentacji medycznej:

.....

.....

.....

.....
data i czytelny podpis osoby dokonującej sprawdzenia dokumentacji med.

2. Wydanie dokumentacji medycznej:

a. naliczono opłatę (nie / tak*) w wysokości: zł.

b. osoba wydająca dokumentację medyczną :

data i czytelny podpis

c. potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej:

data i czytelny podpis osoby osoby uprawnionej

* niepotrzebne skreślić