



**Samodzielny Gminny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Wilkowicach**
43-365 Wilkowice, ul Wyzwolenia 18
Tel: (33) 8171242, NIP 9372179595

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wniosek : <input type="checkbox"/> pisemny, <input type="checkbox"/> przesłany listem, <input type="checkbox"/> zgłoszony e-mailem, <input type="checkbox"/> zgłoszony ustnie,		
Dane Wnioskodawcy		
Nazwisko Imię:		
PESEL lub data ur.		Telefon kontaktowy
Adres zamieszkania:		Adres e-mail:
Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia w SG ZOZ w Wilkowicach. Jestem: <input type="checkbox"/> pacjentem , <input type="checkbox"/> przedstawicielem ustawowym , <input type="checkbox"/> osobą upoważnioną przez pacjenta ,		
Dane Pacjenta		
Nazwisko Imię:		PESEL lub data ur.:
Adres zamieszkania:		
Dokumentacja medyczna		
Wnioskuje o:	<input type="checkbox"/> wydanie kserokopii dokumentacji medycznej <input type="checkbox"/> udostępnienie dokumentacji w innej formie (<i>np. do wglądu, wyciąg, odpis, skan</i>)	
Dokładny zakres dokumentacji medycznej:	Rodzaj dokumentacji (<i>np. wizyta, konsultacja, wynik badania..... itp.</i>):	
Kopię Dokumentacji medycznej:	<input type="checkbox"/> odbiorę osobiście, <input type="checkbox"/> odbierze osoba upoważniona: <i>nazwisko, imię, data ur. osoby upoważnionej</i>	
	<input type="checkbox"/> proszę przesłać na adres e-mail:..... <i>Ustalone hasło dostępu :</i>	
	lub na podany adres : <input type="checkbox"/> wnioskodawcy, <input type="checkbox"/> pacjenta, <input type="checkbox"/> inny wskazany niżej:	
	Zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej.	
	Data i czytelny podpis wnioskodawcy:.....	

Wydano zgodnie z wnioskiem:	
1) Ilość skopiowanych stron 2) Inne:..... ! Jeśli wydano wyniki badań diagnostycznych należy dodatkowo wpisać datę wykonania badania (od dnia. do dnia.)
Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną zgodną z w/w wnioskiem potwierdzam na podstawie okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem *Rubryka pozostaje niewypełniona jeśli dokumentację wysłano pocztą elektroniczną.	<input type="checkbox"/> dowód osobisty, <input type="checkbox"/> prawo jazdy, <input type="checkbox"/> paszport, <input type="checkbox"/> legitymacja: <input type="checkbox"/> uczniowska, <input type="checkbox"/> studencka <input type="checkbox"/> inna, potwierdzająca uprawnienia, <input type="checkbox"/> inny dokument :.....
<input type="checkbox"/> wydano bezpłatnie, <input type="checkbox"/> wydano za odpłatnością.	
Data i autoryzacja osoby wydającej dokumentację medyczną	

Oświadczam, że otrzymałam/em dokumentację medyczną zgodną ze złożonym wnioskiem.

.....
 data, czytelny podpis osoby odbierającej

* **Podstawa prawna udostępnienia dokumentacji medycznej:** art. 26, 27 i 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. 2023r. poz. 605 z późn.zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz. 666)

** **Podstawa prawna dot. bezpłatnych kopii dokumentacji medycznej:**
 art. 28 ust. 2a **Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** : „Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3; w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej **pacjentowi** albo jego **przedstawicielowi ustawowemu** po raz pierwszy.