

WNIOSKOWDAWCA

Warszawa, dnia.....

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

E-mail:

Numer tel.:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Warszawa Wola – Śródmieście,
ul. Ciołka 11, 01-445 Warszawa

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**1. DANE PACJENTA**

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 poz. 186).

2. RODZAJ I ZAKRES DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (należy wpisać zakres dokumentacji, za jaki okres i z jakiej Przychodni/Poradni)

.....
.....

3. FORMA UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (zaznaczyć właściwe) kserokopia w innej formie

Formy udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta.

Bezpłatne udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczy tylko dokumentów udostępnianych Pacjentowi po raz pierwszy.

W sytuacji, gdy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczy dokumentów, o które pacjent wcześniej wnioskował i otrzymał bezpłatnie SPZOZ Warszawa Wola – Śródmieście pobiera opłatę.

Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala się w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta.

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Odbiorę osobiście/przez osobę upoważnioną* (w Przychodni przy ul.)

Przed odbiorem dokumentacji należy okazać potwierdzenie zapłaty za udostępnienie dokumentacji (jeśli dotyczy), dokonanej w Biurze Obsługi Pacjenta lub na rachunek bankowy SPZOZ Warszawa Wola – Śródmieście.

5. POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem

.....
Data i czytelny podpis (pełne imię i nazwisko)

*niepotrzebne proszę skreślić

**WYPEŁNIA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKAŁD OPIEKI ZDROWOTNEJ
WARSZAWA WOLA – ŚRÓDMIEŚCIE**

6. POTWIERDZENIE GOTOWOŚCI WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam kompletność i prawidłowość przygotowania dokumentacji medycznej

.....

Data i czytelny podpis kierownika przychodni lub osoby upoważnionej (pełne imię i nazwisko)

**7. POTWIERDZENIE DOKONANIA OPŁATY, jeżeli dokumentacja udostępniana jest odpłatnie.
(zaznaczyć właściwe i dołączyć do wniosku)**

dowód KP

potwierdzenie wpłaty na rachunek bankowy

UWAGA!. Bez względu na formę zapłaty, pracownik zobowiązany jest do wystawienia i przekazania pacjentowi paragonu fiskalnego.

8. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentację medyczną wydał/a

.....

Data i podpis osoby wydającej