

Warszawa, dnia.....

**Do
Dyrektora CWPL „CePeLek” SP ZOZ w Warszawie**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej*:
 - a) do wglądu w siedzibie CWPL „CePeLek” SP ZOZ;
 - b) przez sporządzenie jej kopii (wyciągu, odpisu albo wydruku);
 - c) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (dotyczy wyłącznie przypadków, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta);
 - d) za pośrednictwem środka komunikacji elektronicznej: _____;
 - e) na informatycznym nośniku danych – płycie CD.

2. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego.....

3. Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta:**

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego.....

4. Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki w (podać nazwę poradni lub datę badania)

.....

5. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, wyniki badań - podać jakich, inna)

.....

6. W przypadku żądania udostępnienia dokumentacji medycznej przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku, jak również na informatycznym nośniku danych, zobowiązuję się do pokrycia opłaty za jej udostępnienie.

7. Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 1 lit. b, c lub e***:

a) odbiorę osobiście;

b) upoważniam do jej odbioru Pana/Panią..... legitymującą/-ego się dowodem osobistym seria..... nr..... lub identyfikującą się numerem PESEL: _____;

c) proszę przesłać pocztą listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru; zobowiązuję się do pokrycia kosztów tej przesyłki.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Ustalenie i sprawdzenie tożsamości wnioskodawcy

Tożsamość wnioskodawcy ustalono i sprawdzono na podstawie:

..... nr PESEL:
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika przyjmującego wniosek)

* właściwe zakreślić

** wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

*** niepotrzebne skreślić

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji

Tożsamość osoby dokonującej wglądu, odbierającej kopię, wyciąg, odpis, wydruk lub oryginał dokumentacji medycznej ustalono i sprawdzono na podstawie:

..... nr PESEL:
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)