

Wniosek o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej

1. **Wnioskodawca:**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania

Nr PESEL: Tel. kontaktowy

2. **Dokumentacja medyczna dotyczy (nie wypełniać jeśli wniosek dotyczy wnioskodawcy)**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL Tel. kontaktowy

3. **Dokumentacja medyczna dotyczy (podać nazwy oddziałów / poradni oraz daty udzielenie świadczenia zdrowotnego):**

.....

4. **Kserokopię dokumentacji medycznej:**

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę o wysłanie pocztą (pokryję koszty przesyłki)
- ☐ wnioskuję o wgląd do dokumentacji medycznej na miejscu

5. **Świadomy(a) odpowiedzialności karnej**, wynikającej z art. 233 ustawy z 6.06.1997 r. Kodeks karny o składaniu fałszywych zeznań, **oświadczam, że jestem osobą bliską pacjenta**, o którego dokumentację medyczną wnioskuję. **Jestem:** małżonkiem(ą), krewnym do drugiego stopnia, powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielem ustawowym, osobą pozostającą we wspólnym pożyciu (**zaznaczyć właściwe**).

Zgodnie z art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017, poz 1318 z późniejszymi zmianami) **zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z wykonaniem kopii wnioskowanej dokumentacji medycznej** za każdą stronę kopii w wysokości 0,00007 (w przypadku kopii na nośniku cyfrowym np. płyta CD za każdą sztukę w wysokości 0,0004) przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, **a w przypadku żądania przesłania dokumentacji medycznej drogą pocztową także do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej „za pobraniem” w wysokości 14,39 zł + podatek VAT 23%.**

W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kserokopii i wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu osoby uprawnionej do otrzymania faktury.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Potwierdzam tożsamość wnioskodawcy
oraz jego prawo do dostępu do wnioskowanej
dokumentacji medycznej**

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

Data wydania/wysłania dokumentacji:

Ilość stron:

Wartość odpłatności (zł):