

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA MAŁOLETNIEGO

WAŻNE: Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z dokumentem „Zasady udostępniania dokumentacji medycznej”.

Wniosek wypełnia pacjent, jego przedstawiciel ustawowy albo osoba upoważniona do uzyskania dokumentacji medycznej.

1. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (należy zaznaczyć X)

- Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
..... Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic, opiekun prawny)
..... Wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta notarialnie lub w dokumentacji medycznej

2. Dane osoby wnioskującej

Nazwisko Imię
Adres: ulica i numer domu/ mieszkania.....
Kod pocztowy Miejscowość
Nr PESEL
Nr telefonu komórkowego e-mail.....

3. Dane pacjenta małoletniego

Nazwisko Imię.....
Adres: ulica i numer domu/ mieszkania.....
Kod pocztowy Miejscowość
Nr PESEL

4. Oświadczenie przedstawiciela ustawowego (rodzica)

Ja, niżej podpisany/a,

Imię i nazwisko:

oświadczam, że jestem matką / ojcem małoletniego pacjenta wskazanego w pkt 3 niniejszego wniosku.

Oświadczam, że przysługuje mi władza rodzicielska nad małoletnim pacjentem oraz prawo do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i dostępu do jego dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że władza rodzicielska w stosunku do małoletniego pacjenta nie została mi odebrana, ani zawieszona oraz – w przypadku jej ograniczenia – zakres tego ograniczenia nie obejmuje prawa do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka, ani dostępu do jego dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że powyższe dane i informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej, w tym cywilnej i karnej, za składanie fałszywych oświadczeń oraz wprowadzanie w błąd podmiotu leczniczego.

Powyższe oświadczenie składam w związku z niniejszym wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej małoletniego pacjenta.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania podmiotu leczniczego o każdej zmianie mojego statusu prawnego względem małoletniego pacjenta, która może mieć wpływ na moje prawo do dostępu do jego dokumentacji medycznej.

Data:

Czytelny podpis oświadczającego - rodzica

.....

5. Dane dotyczące dokumentacji medycznej, o którą występuje wnioskujący (zaznaczyć X)

- Zakres udostępnianej dokumentacji

- Udostępnienia całej dokumentacji pacjenta (karta + zdjęcia rtg)
- Udostępnienia dokumentacji medycznej z dnia
- Udostępnienia tylko zdjęć RTG

- Forma udostępnienia dokumentacji

- papierowa kopia poświadczona za zgodność z oryginałem
- skan zapisany na elektronicznym nośniku danych - płyta CD
- skan przesłany w wiadomości mailowej (zaszyfrowana hasłem)
- wyciąg lub odpis
- wgląd

6. Powiadomienie

Dotyczy wyłącznie papierowej kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem, wyciągu lub odpisu oraz skanu zapisanego na płycie CD.

Proszę o powiadomienie mnie o możliwości odbioru dokumentacji:

mailowo:

lub

telefonicznie:

7. Sposób odbioru / wydania dokumentacji

Dotyczy wyłącznie papierowej kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem, wyciągu lub odpisu oraz skanu zapisanego na płycie CD.

- odbiorę osobiście
- odbierze upoważnione przeze mnie osoba
- proszę o przesłanie dokumentacji listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru za pobraniem, na adres wskazany w pkt 2

Koszty udostępnienia dokumentacji medycznej określone są w dokumencie „**Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej**”.

.....
Data wypełnienia wniosku

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej

Udostępnienie dnia:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Kwota do zapłaty

Powyższą kwotę pobrałam

Imię i nazwisko pracownika pobierającego kwotę

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona została na podstawie (zaznaczyć właściwe):
dowodu osobistego, aplikacji m-Obywatel, paszportu

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU

Dokumentację medyczną odebrałam/-em.

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację