WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer PESEL lub data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dane osoby składającej wniosek (jeśli wniosku nie składa pacjent) Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer PESEL lub data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zakres dokumentacji (należy oznaczyć właściwe pole): ☐ całość ☐ w zakresie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nośnik (należy oznaczyć właściwe pole): ☐ wersja papierowa ☐ płyta CD ☐ poprzez e-mail\* \* Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e-mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej - zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Forma dokumentacji (należy oznaczyć właściwe pole): ☐ kopia ☐ wydruk/odpis Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o kosztach udostępnienia dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty wskazanej w cenniku (nie dotyczy wydania pierwszej kopii dokumentacji medycznej).

Przygotowaną dokumentację: ☐ odbiorę osobiście ☐ proszę o przesłanie na następujący adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis osoby składającej wniosek

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWIECIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA

Dane przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer PESEL lub data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seria i numer dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dane pacjenta (dotyczy pacjenta 16 – 18 lat) Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer PESEL lub data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niniejszym oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym pacjenta, którego dane wskazałem/am powyżej. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnie z prawdą zobowiązuję się ponieść wszelką odpowiedzialność, w szczególności odpowiedzialność finansowo-odszkodowawczą z tego tytułu. W przypadku zaistnienia wątpliwości co do potwierdzenia powierzenia prawnej opieki wobec pacjenta, zobowiązuję się dostarczyć do wglądu wypis orzeczenia (nie dotyczy rodziców pacjenta).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UDZIELANIU INFORMACJI DOTYCZĄCYCH STANU ZDROWIA

Dane pacjenta Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer PESEL lub data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dane osoby składającej wniosek (jeśli wniosku nie składa pacjent):

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer PESEL lub data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Dostęp do dokumentacji medycznej (należy oznaczyć właściwe) ☐ Upoważniam (należy uzupełnić dane poniżej): Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer PESEL lub data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Nie upoważniam nikogo ☐ Wyrażam sprzeciw wobec dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej śmierci

2. Udzielanie informacji o świadczeniach i stanie zdrowia (należy oznaczyć właściwe) ☐ Upoważniam (należy uzupełnić dane poniżej): Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer PESEL lub data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Nie upoważniam nikogo ☐ Wyrażam sprzeciw wobec udzielania moim bliskim informacji o wykonanych mi świadczeniach oraz informacji stanie mojego zdrowia po mojej śmierci

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis osoby składającej wniosek