

DANE WNIOSKODAWCY:		Data wniosku
Nazwisko i Imię:		
Adres zamieszkania:		
Tel. kontaktowy:		
Adres poczty elektronicznej:		

Dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:	
PESEL:	
NAZWISKO I IMIĘ:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA:*	
<input type="checkbox"/>	wgląd w siedzibie Szpitala lub miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych
<input type="checkbox"/>	sporządzenie kopii
<input type="checkbox"/>	wypożyczenie oryginału, za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu* (wyłącznie na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)
<input type="checkbox"/>	za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
<input type="checkbox"/>	na informatycznym nośniku danych
OŚWIADCZAM, ŻE DLA PACJENTA JESTEM:**	
<input type="checkbox"/>	przedstawicielem ustawowym (np. rodzic, rodzic zastępczy itp.) WPISAĆ, JAKIM:
<input type="checkbox"/>	osobą upoważnioną przez pacjenta*
<input type="checkbox"/>	upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej pacjenta
<input type="checkbox"/>	zgodnie z upoważnieniem do udostępnienia dokumentacji medycznej udzielonym w innej formie
<input type="checkbox"/>	osobą bliską - małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, inna osoba wskazana przez pacjenta (niniejszy punkt może zostać wskazany wyłącznie, jeśli pacjent nie żyje) należy wówczas złożyć oświadczenie, co do innych osób bliskich ze wskazaniem ich danych oraz oświadczenie tych osób, że nie sprzeciwiają się one udostępnieniu dokumentacji wnioskodawcy i nie jest im znane aby takiemu udostępnieniu sprzeciwił się za życia pacjent, w braku innych osób bliskich wnioskodawca składa oświadczenie, iż nie są mu znane inne osoby bliskie pacjenta
SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:*	
<input type="checkbox"/>	odbior osobisty
<input type="checkbox"/>	przesyłka za pobraniem
<input type="checkbox"/>	za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail)
Udostępnienie dokumentacji medycznej jest niezbędne w celu: nie dotyczy Pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta; wypełniają tylko podmioty, o których mowa w art. 26 ust. 3 -4 ustawy z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	
Oświadczam, że wnioskowaną dokumentację odbieram dla celów wykorzystania jej w ramach*:	
<input type="checkbox"/>	usługi realizowanej w zakresie opieki medycznej w celu dalszego leczenia (art. 43 ust. 1 pkt 18 - służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia lub dostawy towarów lub świadczeniu usług ściśle z tymi usługami związanymi, wykonywanych w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze)
<input type="checkbox"/>	celów innych niż wskazane powyżej
ZAKRES DOKUMENTACJI, O KTÓRĄ WNIOSKUJE WNIOSKODAWCA*	
<input type="checkbox"/>	Historia choroby z pobytu w szpitalu na OddzialeData pobytu:.....
<input type="checkbox"/>	Kartoteka z poradni Data wizyty:.....
<input type="checkbox"/>	Inna:.....
Data i podpis Wnioskodawcy***	
Data, podpis, pieczęć osoby udostępniającej dokumentację medyczną	POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI Data, podpis osoby odbierającej

*Właściwe zaznaczyć

** Wypełnić w przypadku, kiedy wnioskodawca nie jest pacjentem

*** W przypadku wniosku ustnego podpis pracownika przyjmującego wniosek

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OSÓB BLISKICH

Ja, niżej podpisany/na oświadczam, że jestem osobą bliską Pana/Pani i w trybie art. 26 ust. 2 ustawy o Prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta wnioskuję o wydanie mi dokumentacji medycznej w/w osoby .

Oświadczam, że w/w pacjent posiadał inne osoby bliskie:

- (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)

I załączam oświadczenie tych osób, że nie wyrażają sprzeciwu wobec udostępnienia mi dokumentacji medycznej, a także pod rygorem odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy oświadczam, iż nie jest mi wiadomym aby pacjent sprzeciwił się udostępnieniu mi wnioskowanej dokumentacji za życia.

.....
Imię i nazwisko, podpis i data

OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ

Ja, niżej podpisany/na oświadczam, że jestem osobą bliską Pana/Pani i w trybie art. 26 ust. 2 ustawy o Prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta wnioskuję o wydanie mi dokumentacji medycznej w/w osoby .

Oświadczam, że w/w pacjent pod rygorem odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy, iż nie jest mi wiadomym aby pacjent posiadał inne poza mną osoby bliskie oraz aby sprzeciwił się udostępnieniu mi wnioskowanej dokumentacji za życia.

.....
Imię i nazwisko, podpis i data