

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy (pacjent lub jego przedstawiciel
ustawowy)
.....
Adres

Mościckie Centrum Medyczne
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów
NIP: 9930651966 REGON: 851664020
000000005920 – W12, nr BDO: 000030359

.....
Telefon

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

nr

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

..... w zakresie:
(Imię i nazwisko pacjenta i jego nr PESEL/Data urodzenia¹)

- ☐ całej dokumentacji medycznej;
- ☐ dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:
- ☐ wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:
- 1)
- 2)
- 3)
- ☐ Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:
.....
.....

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- ☐ w formie kopii;
- ☐ na elektronicznym nośniku danych (np. płyta cd);
- ☐ przesłanie na wskazany adres e-mail:
hasło do pliku na numer telefonu (pacjenta lub osoby upoważnionej):.....
Oświadczam, iż wszelkiego rodzaju ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji drogą elektroniczną nie będzie obciążało Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o. w Tarnowie.
- ☐ inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej²:
- ☐ potwierdzonej za zgodność z oryginałem/za zgodność z dokumentacją elektroniczną;

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonej powyżej po raz pierwszy, przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie³.

Tarnów, dniar.

.....
Podpis wnioskodawcy⁴

¹ W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

² Pozostałe formy określone w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

³ Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁴ Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy. Wniosek może zostać złożony również ustnie, telefonicznie, e-mailem lub wnioskiem własnym wnioskodawcy



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

WYPEŁNIA PRACOWNIK

- ☐ Inna forma zgłoszenia, niż wniosek Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o.o.
- ☐ ustna ☐ telefoniczna ☐ e-mail ☐ wniosek własny wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór wnioskowanej o udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....
Imię (imiona) i nazwisko Osoby odbierającej dokumentację medyczną

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

Numer PESEL/Data urodzenia⁵

Dniar.

.....
Czytelny podpis Osoby odbierającej dokumentację medyczną

.....
Data i czytelny podpis Pracownika

⁵ W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia