



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię (imiona) i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Numer PESEL:

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:**

Imię (imiona) i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Numer PESEL:

**1. Rodzaj udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej .....**

**2. Wnioskuję o:**

- wydanie oryginału w/w dokumentacji medycznej z zastrzeżeniem jej zwrotu w terminie do dnia .....
- wydanie kserokopii/odpisu/wyciągu\* w/w dokumentacji medycznej i jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania tejże dokumentacji zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. 2016 r., poz. 1638) oraz cennikiem obowiązującym w DERMED Centrum Medycznym Sp. z o.o.
- wgląd w w/w/ dokumentację medyczną w siedzibie DERMED Centrum Medycznym Sp. z o.o.

**3. Wnioskowaną dokumentację:**

- odbiorę osobiście
- proszę przesać za pośrednictwem Poczty Polskiej na adres .....  
(obejmującym koszt sporządzenia kserokopii/odpisu/wyciągu\* dokumentacji medycznej wraz z kosztami przesyłki wg stawek Poczty Polskiej)
- proszę przesać na adres e-mail ..... (jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a\* ryzyka, jakie niesie ze sobą przesyłanie informacji drogą elektroniczną)

.....  
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić



**POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

4. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną sprawdzono na podstawie .....  
seria i numer .....

**5. Wnioskowana dokumentacja została:**

- odebrana osobiście przez wnioskodawcę  
 wysłana za pośrednictwem Poczty Polskiej dnia ....., numer nadawczy przesyłki .....  
 wysłana za pośrednictwem programu pocztowego ..... dnia .....

5. Pobrano opłatę w wysokości ..... za ..... stron dokumentacji medycznej.  
Wystawiono paragon numer ..... dnia .....  
Wystawiono fakturę vat numer ..... dnia .....

**Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej**

.....  
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

**Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej**

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

6. Oryginał udostępnionej dokumentacji medycznej zwrócono dnia ...../nie dotyczy\*

.....  
(podpis osoby zwracającej dokumentację)

.....  
(podpis osoby przyjmującej dokumentację)

**Podstawy prawne:**

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. 2016 r., poz. 1638);
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 r., poz. 186);
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 r., poz. 2069);
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t.: Dz. U. 2015 r., poz. 581);
5. Ustawa o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. 2016 r., poz. 922).

\*niepotrzebne skreślić