

.....
Imię i nazwisko osoby wnioskującej

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL (jeżeli wnioskodawcą jest pacjent)

Telefon:

**Szpital Uniwersytecki nr 1
im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

.....
(imię i nazwisko, PESEL – uzupełnić, gdy wnioskodawcą nie jest pacjent)

.....
(z kliniki/oddziału)

dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:
w zakresie:

- całej dokumentacji medycznej;
 wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej tj.

- 1)
2)
3)

Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:

.....
.....

Proszę o udostępnienie wskazanej dokumentacji medycznej:

- w formie kopii (odbior osobisty lub przez osobę upoważnioną; przesłanie za pośrednictwem operatora pocztowego na wskazany adres za pobraniem: koszt wysyłki 30,26 zł, koszt przesyłki międzynarodowej zależy od gabarytów oraz odległości);
 na elektronicznym nośniku danych (np. płyta CD);
 inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej (np. zdjęcia):
.....

W przypadku, gdy po dokumentację medyczną pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy dołączyć do podania. Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję zasady udostępniania dokumentacji medycznej przewidziane w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Uwagi:

Zastrzegam wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości jest zabronione.