

 POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA	POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA - Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni Specjalistycznych we Włocławku ul. Szpitalna 6a, 87-800 Włocławek Tel. (54) 41-65-362	Nr wniosku:
---	---	---------------------------

Włocławek, dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(opracowany na podstawie art. 25 i 27 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej ustawą)

1) Imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna:

.....PESEL:..... Tel.:

2) Przedstawiciel ustawowy/osoba upoważniona *: imię i nazwisko:

..... PESEL:.....

3) Zakres Wniosku:

.....

.....

.....

Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:

- do wglądu, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- na informatycznym nośniku danych;
- przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku, które:
 - ☐ odbiorę osobiście ☐ przedstawiciel ustawowy ☐ osoba upoważniona
 - ☐ proszę o przesłanie na adres e-mail nr telefonu do wysłania KODU otwierającego plik ZIP.....

UWAGA: Zaznaczenie opcji przesłania dokumentacji kanałem poczty elektronicznej jest jednocześnie akceptacją ryzyk związanych z możliwością nieuprawnionego dostępu do dokumentacji medycznej wynikających z przesyłania poczty takimi kanałami. Z uwagi na konieczność zapewnienia zachowania zasad bezpiecznego przetwarzania danych osobowych, udostępnienie dokumentacji medycznej kanałami poczty elektronicznej, będzie możliwe tylko w przypadku możliwości potwierdzenia przez pracownika tożsamości wnioskodawcy na zasadach zgodnych z przyjętymi procedurami.

W przypadku, gdy przepis prawa będzie nakładał obowiązek opłaty za udostępnianie kserokopii dokumentacji medycznej zobowiązuje się do pokrycia tej opłaty.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi informacjami oraz zgodność podanych danych ze stanem faktycznym.

.....
 data czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego / osoby upoważnionej

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych dostępna jest w PCZ-SPZPS we Włocławku
 Stosownie do treści art. 28 ust 2a ustawy za pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu nie pobiera się opłaty. Za kolejne udostępnienie dokumentacji medycznej pobiera się opłatę zgodnie z obowiązującym cennikiem.

Wypełnia pracownik PCZ-SPZPS

Ilość stron:	Opłata / brak opłaty	Data odbioru
--------------	----------------------	--------------