

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. L. Zamenhofa w Białymstoku

I. Składający wniosek

1. imię i nazwisko / nazwa firmy i jej REGON, NIP
.....
.....
.....
2. adres zamieszkania/siedziba firmy/instytucji
3. kontakt . tel
4. działając jako: rodzic inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy
 opiekun prawny opiekun faktyczny
 inny podmiot jaki/ z jakiego tytułu

II. Osoba, której dotyczy wniosek (pacjent)

1. imię i nazwisko
2. adres zamieszkania
3. PESEL

III. Wskazanie przeznaczenia dla udostępnienia dokumentacji medycznej (np. dalsze leczenie, odszkodowanie)

.....
.....

IV. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę kliniki, oddziału, poradni)

.....
w okresie od do

V. Zakres żądanych informacji (np. cała dokumentacja/ historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakie itp).....

.....
.....
.....

VI. Wnioskuje o (zaznaczyć X we właściwym wierszu):

- sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem
- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w punkcie V w siedzibie szpitala
- sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej
- sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej
- wydanie oryginału za potwierdzeniem z zastrzeżeniem jej zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów)

VII. Dokumentacja medyczna wymieniona w punkcie V (zaznaczyć X we właściwym miejscu) :

- zostanie odebrana osobiście
- przez osobę upoważnioną tj.
imię i nazwisko, PESEL,
.....
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w punkcie I i na mój koszt zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej

Składający wniosek oświadcza, że zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu

VIII. Zwrot oryginalnej dokumentacji medycznej (wypełnia się w wypadku wypożyczenia oryginalnej dokumentacji medycznej pacjenta)
„Zobowiązuję się do zwrotu do Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L.Zamenhofa w Białymstoku oryginalnej dokumentacji medycznej w terminie do na mój koszt”

..... dnia

.....
podpis wnioskującego

definicje:

1) **opiekun faktyczny** – art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z 6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta :Osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek , stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga,