

L. dz. /



....., dnia
(Miejscowość i data)

PREZES ZARZĄDU
Szpital Miejski w Gliwicach Sp. z o.o.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(wypełnia pacjent / przedstawiciel ustawowy / osoba upoważniona)

Osoba występującą z wnioskiem (właściwie zaznaczyć):
☐ Pacjent
☐ Przedstawiciel ustawowy pacjenta
☐ Osoba upoważniona przez pacjenta

Dane pacjenta	Dane przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta występującej z wnioskiem
Imię i nazwisko	
PESEL	Imię i nazwisko
Adres	Adres
Nr tel. kontaktowego	Nr tel. kontaktowego

Składam wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (właściwie zaznaczyć):

☐ Izbie Przyjęć ☐ Poradni
☐ POZ ☐ Fizjoterapii ☐ Oddziale

Za okres (właściwie zaznaczyć):

☐ całość leczenia ☐ za okres / podać termin od – do /

W formie (właściwie zaznaczyć):

☐ do wglądu ☐ poprzez sporządzenie - ☐ wyciągu ☐ odpisu ☐ kopii ☐ wydruku ☐ uwierzytelnienie

Odbiór dokumentacji (właściwie zaznaczyć):

☐ osobiście
☐ przez osobę upoważnioną
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr i seria dokumentu tożsamości)

Oświadczam, że zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgadzam się na uiszczenie opłaty za udostępnienie dokumentacji.

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Wydanie dokumentacji medycznej następuje:

- w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych,
- za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy (na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu urzędowego ze zdjęciem),
- okazaniem dowodu zapłaty.

Pobrano opłatę w wysokości zł.

Potwierdzam odbiór stron

.....
(data i podpis pracownika wydającego dokumentację)

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

- cena sporządzenia jednej strony kopii, wydruku wynosi zł brutto
- dokumentacja udostępniana jest bez zbędnej zwłoki, nie dłużej niż - **do 7 dni**



Szpital Miejski w Gliwicach Sp. z o.o.
ul. Zygmunta Starego 20
44-100 Gliwice

....., dnia
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

(wypełnia rodzic / opiekun prawny)

Ja, niżej podpisany (imię i nazwisko) oświadczam, że jestem
rodzicem / opiekunem prawnym * i posiadam pełnię władzy rodzicielskiej dziecka
..... (imię i nazwisko dziecka).

Oświadczam także, że posiadam nieograniczone prawo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego
dziecka, w tym uzyskiwania kserokopii / uwierzytelnionej kserokopii* dokumentacji medycznej.

Oświadczenie niniejsze składam świadomy odpowiedzialności prawnej za podanie nieprawdziwych
informacji i oświadczeń.

Oświadczenie składam celem uzyskania kserokopii dokumentacji medycznej w /w. dziecka.

.....
Imię i nazwisko

*niepotrzebne skreślić