



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DATA		I. Dane osoby zgłaszającej wniosek:	
Imię i Nazwisko:			
OSOBĄ ZGŁASZAJĄCĄ WNIOSEK JEST: <i>(proszę zaznaczyć właściwe)</i> ☐ Pacjent ☐ Przedstawiciel ustawowy ☐ Osoba upoważniona przez pacjenta			
II. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA MEDYCZNA			
Imię Nazwisko:		Pesel:	
III. ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ			
DOKUMENTACJA Z MCLChPiG W OTWOCKU DOTYCZY: <i>(proszę zaznaczyć właściwe)</i>			
Poradni:		Oddziału:	
Zakres dokumentacji dot. leczenia w okresie: ☐ Od..... Do.....		Zakres dokumentacji dot. leczenia w okresie: ☐ Od..... Do.....	
Rodzaj dokumentacji medycznej: ☐ Całość dokumentacji medycznej ☐ karta informacyjna; ☐ wyniki badań <i>(proszę wpisać jakie)</i> :..... ☐ wyniki badań obrazowych na elektronicznym nośniku danych np. RTG/ MRI/TK/ USG) ☐ inne:.....			
IV. SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI: <i>(proszę zaznaczyć właściwe)</i>			
☐ poprzez sporządzenie kserokopii		☐ do wglądu w siedzibie MCLChPiG (po uprzednim umówieniu)	
☐ poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych		☐ poprzez sporządzenie odpisu	
☐ poprzez sporządzenie wyciągu		☐ poprzez wypożyczenie oryginału**	
☐ poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany poniżej adres : e-mail:			
☐ proszę o poświadczenie za zgodność z oryginałem			

V. Sposób odbioru dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć właściwe)	
☐ Odbiór osobisty	☐ odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie upoważniona
☐ proszę o przesłanie listem poleconym na adres:.....	
☐ proszę o przesłanie skanu drogą elektroniczną na adres: e-mail:	
VI. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej*	
☐ udostępnianie bezpłatne - w związku z zadaniem udostępnienia dokumentacji medycznej – <u>po raz pierwszy w żądanym okresie</u> – w zakresie określonym w niniejszym wniosku, przysługuje mi prawo otrzymania niniejszej dokumentacji bezpłatnie	
☐ kolejne udostępnienie dokumentacji (zgodnie z cennikiem szpitala)	

* Opłaty zgodne z cennikiem usług MCLChPiG wynikające z obowiązujących przepisów prawnych

** **MCLChPiG** udostępnia oryginał dokumentacji medycznej: a) podmiotom uprawnionym, b) w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, c) w przypadku wniosku o udostępnienie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Adnotacje pracownika MCLChPiG w Otwocku dotyczące udostępnienia dokumentacji:	
Imię i nazwisko; stanowisko: (data i czytelny podpis pracownika wydającego /udostępniającego dokumentację):	(np.: liczba stron, forma oraz sposób udostępnienia; informacja o opłatach/zwolnieniu z opłaty)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej: (data i czytelny podpis osoby, której wydano dokumentację medyczną - imię i nazwisko, stanowisko; nazwa podmiotu)
Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu (data i czytelny podpis osoby, której wypożyczono oryginał dokumentacji - imię i nazwisko, stanowisko; nazwa podmiotu)
Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji medycznej: (data i czytelny podpis pracownika MCLChPiG przyjmującego dokumentację)

Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Pełna treść klauzuli dostępna jest na stronie internetowej MCLChPiG.