

, dnia
 

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**WNIOSKODAWCA (WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU KIEDY WNIOSKODAWCA NIE JEST PACJENTEM)**

Imię i nazwisko

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub inny dokument potwierdzający tożsamości Wnioskodawcy (pole obowiązkowe w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL np. obcokrajowców)

Nazwa dokumentu  Seria  Numer

**DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub inny dokument potwierdzający tożsamości Wnioskodawcy (pole obowiązkowe w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL np. obcokrajowców)

Nazwa dokumentu  Seria  Numer

Numer telefonu kontaktowego

**RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DOTYCZY**

Poradni / szpitala / pracowni

Okres leczenia (proszę podać datę pobytu / badań)

rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań)

**Wnioskuje o:**

- wydanie **kserokopii** (bez potwierdzenia zgodności z oryginałem)
- wydanie **odpisu** (pełen tekst dokumentu z potwierdzeniem zgodności z oryginałem)
- wydanie **wyciągu** (fragment tekstu dokumentu z potwierdzeniem zgodności z oryginałem)
- wydanie **kopii płyty CD badania** (proszę wpisać jakiego np. MRI, RTG) \_\_\_\_\_
- udostępnienie dokumentacji medycznej **do wglądu** z zapewnieniem możliwości sporządzania notatek lub zdjęć

**ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Wnioskowaną dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba przeze mnie upoważniona

podpis wnioskodawcy

data i podpis pracownika  
przyjmującego wniosek

## 1. Dokumentacja medyczna została:

- odebrana osobiście przez pacjenta
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
- upoważnienie w dokumentacji medycznej pacjenta
  - upoważnienie w niniejszym wniosku
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)
- wysłana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (np. e-mail)

(data i godzina rozmowy telefonicznej z pacjentem, w celu weryfikacji poniższego adresu e-mail na który ma zostać wysłana dokumentacja medyczna zgodnie z Instrukcją I OP\_01\_02 Weryfikacji tożsamości pacjenta)

(adres e-mail, na który wysłano dokumentację medyczną)

- inna forma (proszę wpisać jaka)

## 2. Potwierdzono tożsamość osoby odbierającej kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej.

### 3. Ilość stron wydanej dokumentacji medycznej

podpis osoby odbierającej dokumentację

data i podpis pracownika  
wydającego dokumentację

## INFORMACJA DLA WNIOSKODAWCY

Zgodnie z brzmieniem „Procedury udostępniania dokumentacji medycznej”, udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się bez zbędnej zwłoki, w terminie do 14 dni, licząc od daty złożenia/wpłynięcia wniosku do Rehasport Clinic Sp. z o.o.

Wydanie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, za pokwitowaniem odbioru.

Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej składać można osobiście w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach funkcjonowania poszczególnych oddziałów Rehasport Clinic Sp. z o.o.

Po wydaniu kopii (wyciągu, odpisu) dokumentacji medycznej kompletnie wypełniony „Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej” dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.

Odbiór dokumentacji medycznej następuje od poniedziałku do piątku (z wyłączeniem świąt) w Dziale Obsługi Pacjenta w godzinach funkcjonowania poszczególnych oddziałów Rehasport Clinic Sp. z o.o.

Odmowa wydania dokumentacji medycznej, w przypadkach w których udostępnienie dokumentacji medycznej nie jest możliwe, wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.