

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ŚMIERCI PACJENTA

Imię i nazwisko Wnioskującego

Adres zamieszkania Wnioskującego
(kod) (miejscowość) (ulica i nr domu)

Dowód tożsamości Wnioskującego tel. kontaktowy

Zwracam się z prośbą o udostępnienie w formie:☐ do wglądu ☐ kopii / wydruku ☐ kopii na informatycznym nośniku danych ☐ odpisu ☐ wyciągudokumentacji medycznej pacjenta:

(nazwisko, imię, PESEL Pacjenta)

sporządzonej w Oddziale / Dziale / Poradni:

w okresie

sposób odbioru:☐ w siedzibie☐ przesyłka polecona☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*

bezpieczne hasło

*w przypadku żądania wysłania dokumentacji medycznej za pomocą środków komunikacji elektronicznej niezbędne jest ustalenie bezpiecznego hasła, bez niego dokumentacja nie będzie wysłana.

Uwagi:
.....
.....
.....dokumentacja udostępniana
po raz pierwszy
we wnioskowanym zakresie
lubw związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją
do spraw orzekania o zdarzeniach medycznychdokumentacja udostępniana kolejny raz
we wnioskowanym zakresieOświadczam,
że pokryję w całości koszt udostępnienia dokumentacji
medycznej ustalony zgodnie z *Ustawą o prawach
pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.Oświadczam, iż dla pacjenta byłem/em osobą bliską w rozumieniu Ustawy o prawach pacjenta
i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj.: ☐ małżonką/iem ☐ krewną/ym do drugiego stopnia lub
powinowatą/ym do drugiego stopnia w linii prostej ☐ przedstawicielem ustawowym ☐ osobą

pozostającą we wspólnym pożyciu ☐ osobą wskazaną przez pacjenta i udostępnieniu dokumentacji medycznej nie sprzeciwili się pacjent za życia lub inna osoba bliska.

Katowice, dnia

.....
(czytelny podpis Wnioskującego)

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem*

ilość stron

.....
(podpis pracownika Szpitala)

Po sprawdzeniu:

✓ tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej:

seria i nr DO

✓ dowodu uiszczenia opłaty za wykonanie usługi *(jeżeli dotyczy)*

Potwierdzam wydanie kopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej:

.....
(podpis pracownika Szpitala)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej

Katowice, dnia

.....
(podpis odbierającego)

Uwagi: