**WNIOSEK**

**o udostępnienie dokumentacji medycznej**

**1. Wnioskodawca:** Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………..…. Adres zamieszkania: …………………………………………………………………….... Tel. kontaktowy: …………………………………………………………………………... Nr PESEL: ……………………………

**2. Dokumentacja dotyczy** (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta): Imię i nazwisko: ………………………………………………………………….………. Adres zamieszkania: …………………………………………………………………….... Nr PESEL: ……………….…………...

**3. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej**

 do wglądu w podmiocie leczniczym

 wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku

 wydania oryginału

*(przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta art. 27 pkt 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.)*

**4. Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia w** :  w oddziale szpitala  w poradni zdrowia psychicznego

**5. Zakres dokumentacji** (itp. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, itp.) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**6. Forma odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej:** Zobowiązuję się do pokrycia kosztu udostępnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.   
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta \*\*

 odbiór osobisty  przesłanie dokumentacji na adres wskazany we wniosku

*(dokumentacja zostanie wysłana listem poleconym po uprzednim uiszczeniu opłaty na konto szpital, koszty przesyłki ponosi wnioskodawca zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii, wyciągu, odpisu wnioskowanej dokumentacji)*

Data i podpis **składającego wniosek** ………………….………………….

Data i podpis pracownika Działu Statystyki

i Dokumentacji Medycznej w przypadku **ustnego złożenia wniosku** ………………….……………………

Potwierdzam **wydanie** wnioskowanej dokumentacji (data, czytelny podpis pracownika) ………………......

Potwierdzam **odbiór** wnioskowanej dokumentacji (data, czytelny podpis wnioskującego) …………………

*\*\*dotyczy wyłącznie sytuacji, w których istnieje podstawa do obciążenia*

Gdańsk, dn.………………………

**Odmowa udostępnienia dokumentacji - uzasadnienie**

Zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, odmawiam udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej z przyczyn jak poniżej.

Treść uzasadnienia:

……………………………………………………………………………………………...…….……………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………...……………..…….......

……………..……………………

podpis kierownika działu

Uzasadnienie odmowy otrzymałam/em:

……………………………………….

(data i czytelny podpis)