

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE/WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		F9-MED.-OGÓLNE
POTWIERDZENIE WYDANIA / UDOSTĘPNIENIA ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		
<i>Właściciel dokumentu: Dyrektor ds. Medycyny pracy, Pełnomocnik ds. Jakości i Kształcenia</i>	Data wprowadzenia dokumentu: 2014	Edycja 6
	Aktualizacja dokumentu: 07.03.2022	

Miejscowość i data

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego _____

2. Dokumentacja medyczna dotyczy *

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Nr PESEL

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

* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuję o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

3. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta (upoważnienie należy załączyć do wniosku)

4. Dokumentacja dotyczy leczenia w (należy podać nazwę Poradni i datę wizyty)

.....

5. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. np. historia zdrowia i choroby, modele, wyniki badań – podać jakich podać jakich, inna)**6. Wnioskuję o:**

a) wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4	
b) wydanie:	
– bezpłatne (jednorazowe) wydanie kopii – dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii (na podstawie przepisów RODO)	
– kopii – dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii - określonej w pkt 5 - 0,38 brutto za jedną stronę	
– Odpisu/wypisu – dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności, co do treści z oryginałem – określonej w pkt 5 - 11,00 brutto za jedną stronę	
– wyciągu - skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej określonej w pkt 5 – 11,00 brutto za jedną stronę	
– kopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 5 na elektronicznym nośniku danych – 2,20 brutto za płytę CD	
– kopię w modelu diagnostycznego, wycisku – 25 ,00 zł brutto	
– Zdjęcie RTG na elektronicznym nośniku danych określonej w pkt 5 na elektronicznym nośniku danych – 2,20 brutto za płytę CD	

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE/WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		F9-MED.-OGÓLNE
POTWIERDZENIE WYDANIA / UDOSTĘPNIENIA ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		
<i>Właściciel dokumentu: Dyrektor ds. Medycyny pracy, Pełnomocnik ds. Jakości i Kształcenia</i>	Data wprowadzenia dokumentu: 2014	Edycja 6
	Aktualizacja dokumentu: 07.03.2022	

dokumentacji medycznej określonej w pkt 5 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzenia ww. formy dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum.

7. Dokumentację wymienioną w pkt. 5

a) odbiorę osobiście

b) proszę przesłać na adres jak w pkt. 1

W przypadku gdy zaznaczono odbiór osobisty i nie odebrano dokumentacji medycznej w ciągu 14 dni od upłynięcia terminu przewidzianego na przygotowanie dokumentacji przez Centrum, dokumentacja medyczna zostanie wysłana wraz z fakturą na adres wskazany we wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przez Uniwersyteckie Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Sp. z o.o.

Administratorem przekazanych danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Sp. z o.o. Z informacją o zasadach przetwarzania danych osobowych można zapoznać się pod adresem: <http://www.uks.poznan.pl/ochrona-danych-osobowych-pacjenta>

.....
data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

.....
data i czytelny podpis osoby udostępniającej
dokumentację medyczną

.....
data i czytelny podpis
osoby odbierającej dokumentację medyczną
(nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE/WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		F9-MED.-OGÓLNE
POTWIERDZENIE WYDANIA / UDOSTĘPNIENIA ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		
<i>Właściciel dokumentu: Dyrektor ds. Medycyny pracy, Pełnomocnik ds. Jakości i Kształcenia</i>	Data wprowadzenia dokumentu: 2014	Edycja 6
	Aktualizacja dokumentu: 07.03.2022	

POTWIERDZENIE WYDANIA / UDOSTĘPNIENIA ORYGINAŁU** DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Data wydania

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie*

_____ Nr _____

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron _____

3. Naliczono opłatę w wysokości _____ zł

4. Wystawiono fakturę Nr _____ z dnia _____

Zobowiązuje się do zwrotu oryginału dokumentacji medycznej niezwłocznie po jej wykorzystaniu jednak nie

później niż do:.....

(Wpisać termin zwrotu dokumentacji medycznej)

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

5. Wysłano listem poleconym Nr nadawczy _____ dnia _____ *

.....

(czytelny pracownika wydającego dokumentację)

* niepotrzebne skreślić

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE/WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		F9-MED.-OGÓLNE
POTWIERDZENIE WYDANIA / UDOSTĘPNIENIA ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		
<i>Właściciel dokumentu: Dyrektor ds. Medycyny pracy, Pełnomocnik ds. Jakości i Kształcenia</i>	Data wprowadzenia dokumentu: 2014	Edycja 6
	Aktualizacja dokumentu: 07.03.2022	

** wydanie oryginału dokumentacji następuje **za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu** po jej wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka zagraża życiu lub zdrowiu pacjenta. **Kserokopię oryginału pozostawia się w dokumentacji Centrum, Medycyny Pracy**