|  |  |
| --- | --- |
|  | Rzeszów, dnia ...................................... |
| **Wniosek****o udostępnienie dokumentacji medycznej** |
| **1. Wnioskodawca** |
| * świadczeniobiorca
 | * przedstawiciel ustawowy
 | * osoba upoważniona
 |
| Imię i Nazwisko ....................................................................................................................................................................Adres zamieszkania ..............................................................................................................................................................Nr PESEL |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Dokumentacja medyczna dotyczy\***Imię i Nazwisko ....................................................................................................................................................................Adres zamieszkania ..............................................................................................................................................................Nr PESEL |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\* wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta* |
| **3. Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej** |
| * wgląd
 | * kopia
 | * odpis
 | * wyciąg
 | * na nośniku informatycznym
 | * wydruk
 | * odwzorowanie cyfrowe
 |
| **4. Dokumentacja medyczna**  |
| Nazwa komórki organizacyjnej | Rodzaj dokumentacji medycznej | Nr KG/ Data wizyty/badania |
| **5. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie.*** Wnioskujący został zwolniony z obowiązku dokonania opłaty na podstawie art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.)\*\*

*\*\* Wnioskujący o udostępnienie dokumentacji medycznej zostaje zwolniony z obowiązku dokonania opłaty, w przypadku składania wniosku po raz pierwszy o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej w żądanym zakresie i w sposób, który określa art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.).* |
| ............................................................ (czytelny podpis wnioskodawcy) |
| **Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej** |
| **Osoba odbierająca:** |
| * świadczeniobiorca
 | * przedstawiciel ustawowy
 | * osoba upoważniona
 |
| Imię i Nazwisko\*\*\* ...........................................................................................................................................................*\*\*\* wypełnić w przypadku, gdy dokumentację medyczną odbiera przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona* |
|  Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie: |
| **NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI** | **NR DOKUMENTU** |
| * Ilość stron .................
* Wniesiono opłatę w wysokości ..................................... zł
 |
| ............................................................ ........................................................................  (czytelny podpis odbierającego) (data, podpis i pieczęć pracownika wydającego) |