|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |