

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

| Dane Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nazwisko   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię   |  | PESEL/<br>data ur.:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zamieszkania:  | Telefon kontaktowy:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Adres e-mail:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia w Bielskim Centrum Psychiatrii – Olszówka w Bielsku – Białej.<br>Jestem:<br><input type="checkbox"/> pacjentem <input type="checkbox"/> przedstawicielem ustawowym <input type="checkbox"/> osobą upoważnioną przez pacjenta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dane osoby wnioskującej (wypełnić jeżeli są inne niż powyżej)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię   |  | PESEL/<br>data ur.:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zamieszkania:  | Telefon kontaktowy:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dokumentacja medyczna  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wnioskuje o:   | udostępnienie dokumentacji medycznej:<br><input type="checkbox"/> nieodpłatnie (po raz pierwszy)<br><input type="checkbox"/> odpłatnie (po raz kolejny)<br><input type="checkbox"/> udostępnienie dokumentacji w innej formie (np. do wglądu, wyciąg, odpis) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zakres dokumentacji medycznej:   | Rodzaj dokumentacji: (Izba Przyjęć, oddział dzienny, poradnia, itp.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Leczenie w (nazwa oddziału, poradni)                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Okres (data wizyty, hospitalizacji)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dokumentację medyczną:   | <input type="checkbox"/> odbiorę osobiście <input type="checkbox"/> odbierze upoważniona osoba <input type="checkbox"/> wysyłka<br><br>Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana:<br>..... legitymującego się<br>..... nr .....                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> proszę przesłać listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na podany adres zamieszkania. Zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów wydania kserokopii oraz wysyłki dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> proszę przesłać na inny, wskazany niżej adres:<br>.....<br>.....  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data, czytelny podpis:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

| <b>Wypełnia pracownik BCP-Olszówka</b>   |   |
|--|---|
| <b>Wydano:</b>   |   |
| <b>1. Ilość skopiowanych stron po raz pierwszy (udostępniane nieodpłatnie)*:</b>   |   |
| 1. ilość stron: od ..... do .....  | .....<br>data czytelny podpis pacjenta                      data czytelny podpis pracownika |
| 2. ilość stron: od ..... do .....  | .....<br>data czytelny podpis pacjenta                      data czytelny podpis pracownika |
| 3. ilość stron: od ..... do .....  | .....<br>data czytelny podpis pacjenta                      data czytelny podpis pracownika |
| 4. ilość stron: od ..... do .....  | .....<br>data czytelny podpis pacjenta                      data czytelny podpis pracownika |
| <b>2. Całość dokumentacji medycznej</b>  | .....<br>czytelny podpis pacjenta                      czytelny podpis pracownika           |
| <b>3. Inne:</b>  |   |
| Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną zgodną z w/w wnioskiem potwierdzam na podstawie okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem (wpisać nazwę i numer dokumentu)* |   |
| Data, czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację medyczną  | ...../...../.....r.   |

\*podstawa prawna art. 28 ust. 2a pkt. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Ustawa z dnia 21.02.2019r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem, stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).