



**PROCEDURA**  
udostępniania i archiwizacji dokumentacji  
medycznej oraz jej zabezpieczenia przed  
dostępem osób nieupoważnionych

Ozn	P-7 ZI		
Rew			
Data			
Wyd	IX		Strona 6 z 12

Załącznik nr1

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**DANE PACJENTA**

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Adres

.....  
PESEL

.....  
Telefon kontaktowy

**DANE WNIOSKODAWCY**

wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
Telefon kontaktowy

Wniosuję o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia w Pleszewskim Centrum Medycznym w Pleszewie Sp. z o.o.  
w oddziale / w poradni..... w okresie.....

> rodzaj dokumentacji (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań):

.....  
> wnioskowana forma udostępnienia (np. do wglądu, kopia, odpis, wyciąg, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,  
na informatycznym nośniku danych): .....

**Sposób odbioru dokumentacji medycznej:**

- odbiorę osobiście  
 odbierze osoba upoważniona .....
- proszę o przesłanie listem poleconym na adres.....  
 proszę o przesłanie za pośrednictwem e-mail .....

Oświadczam, że zostałem poinformowany o zasadach wnoszenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz regulaminem organizacyjnym PCM.

Oświadczam, że o dokumentację medyczną w danym zakresie wnioskuję: po raz pierwszy  po raz kolejny

.....  
Data, podpis Wnioskodawcy

**Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej**

Potwierdzam, iż dokonałam/em weryfikacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej. Tożsamość osoby uprawnionej ustaliłam/em na podstawie .....

Udostępnienie dokumentacji: ilość stron.....

Wniesiono opłatę w kwocie ...../ nie podlega opłacie\*

.....  
Data i czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację

.....  
Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację