Znak sprawy IPIN .....

INSTYTUT PSYCHIATRII i NEUROLOGII
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. centr. (22) 45 82 800, fax (22) 651 93 01
sekretariatdn@ipin.edu.pl

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYDANIE DOKUMENTACJI:

Imię (imiona) i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Adres poczty elekronicznej:.....

II OŚWIADCZAM, ŻE:

- ☐ Jestem pacjentem
- ☐ Jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta
- ☐ Jestem osobą upoważnioną przez pacjenta
- ☐ Jestem osobą bliską *(po śmierci pacjenta)*

III DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

Imię (imiona) i nazwisko: .....

Data urodzenia lub PESEL: .....

IV WNIOSKUJĘ O:

- ☐ **wydanie kopii dokumentacji medycznej**
- ☐ **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**
- ☐ **przesłanie drogą elektroniczną**
- ☐ **wydanie dokumentacji na nośniku danych**

V RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

1. **Nazwa poradni / okres dokumentacji**

.....

.....

2. **Nazwa oddziału**

.....

.....

- ☐ **karta informacyjna**
- ☐ **całość dokumentacji**
- ☐ **karta porady/odmowy Izby Przyjęć**

3. **Wynik badania**

.....

VI WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ:

- ☐ **odbiorę osobiście**
- ☐ **proszę wysłać pod adres** .....
- ☐ **odbierze osoba upoważniona** *imię i nazwisko:* .....

  numer telefonu: .....

VII *Składam wniosek i zobowiązuję się do poniesienia ewentualnych kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa*

....

Miejscowość, data ***Podpis wnioskodawcy***

VIII POTWIERDZENIE WPŁYWU *(potwierdza pracownik)*:

- ☐ wniosek złożony osobiście
- ☐ wniosek telefoniczny

.....

Data i podpis pracownika przyjmującego wniosek

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

(wypełnia pracownik)

VIII POTWIERDZENIE PRZYGOTOWANIA DOKUMENTACJI

***(dokładna informacja o rodzaju dokumentacji, zakresie i ilości stron*):**

1) ……
2) ……
3) ……
4) ……
5) ……
6) ……
7) ……
8) ……
9) ……
10) ……

……
data i podpis pracownika przygotowującego dokumentację

IX SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI

- ☐ udostępnienie do wglądu w dniu:……..
- ☐ wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: ……..
- ☐ wysłana elektronicznie w dniu:……
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta / przedstawiciela ustawowego
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej
  - upoważnienie w niniejszym wniosku
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)

X UDOSTĘPNIENIE

- ☐ pierwszy raz nieodpłatnie
- ☐ kolejny raz / dodatkowa kopia
- ☐ osoba upoważniona / wydanie po śmierci pacjenta

Naliczono opłaty w wysokości: ……

XI POTWIERDZENIE ODBIORU:

…… ***data i podpis pracownika wydającego dokumentację***	…… ***data i podpis osoby odbierającej dokumentację***

XII UWAGI

……

……

……

……