

Imię i nazwisko: .....  
osoby składającej wniosek

Cieszyn, dnia .....

Adres: .....  
kod pocztowy miejscowość ulica, nr

Nr telefonu .....

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W ARCHIWUM ZAKŁADOWYM  
ZZOZ W CIESZYNIE**

Nazwa oddziału/poradni/pracowni: .....

Data pobytu: .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

**OKREŚLENIE UMOCOWANIA DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

- pacjent       przedstawiciel ustawowy       osoba upoważniona przez pacjenta
- osoba bliska \* .....

**WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** (należy wskazać formę udostępnienia dokumentacji medycznej):

.....

**RODZAJ I ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

- Karta Informacyjna
- okładka Historii Choroby z Kartą Informacyjną i statusami lekarskimi
- kompletna dokumentacja medyczna (Historia Choroby)
- wynik badania (określić rodzaj badania).....
- inne.....
- .....

**POTWIERDZENIE „ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM”:**       TAK       NIE**SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

- osobiście (za okazaniem dokumentu tożsamości)
- przesyłka polecona
- odbiór przez inną osobę upoważnioną przez pacjenta (za okazaniem dokumentu tożsamości)

**OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ\*\*:**

Oświadczam, że udostępnieniu dokumentacji medycznej nie sprzeciwia się inna osoba bliska zmarłego.

.....  
data.....  
czytelny podpis osoby bliskiej składającej oświadczenie**ODPŁATNOŚĆ:**

Za udostępnianie dokumentacji medycznej w formie odpisu, wyciągu, kopii, wydruku lub na płycie CD pobierana jest opłata zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, wydanym na podstawie art. 28 ust. 3 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2017r., poz. 1318 z późn. zm.), chyba, że przepis szczególny zwalnia z obowiązku opłaty.

Dokumentacja medyczna udostępniania jest w miejscu wskazanym przez podmiot leczniczy, w obecności osoby upoważnionej do udostępniania dokumentacji medycznej, której obowiązkiem jest zapewnienie nadzoru oraz odnotowanie informacji o zakresie udostępnionej dokumentacji na str. 2 *Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej*.

\* *osoba bliska to: małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.*

\*\* dotyczy udostępnienia dokumentacji medycznej wyłącznie po śmierci pacjenta.

.....  
data.....  
czytelny podpis osoby składającej wniosek

## ZAKRES UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Należy podać rodzaj i strony udostępnionej dokumentacji medycznej:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data imię i nazwisko oraz podpis osoby udostępniającej i nadzorującej udostępnienie dokumentacji medycznej

---

### POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Dokument tożsamości .....  
rodzaj dokumentu seria nr organ wydający dokument tożsamości

.....  
data czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

