

# WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne  
i Medycyny Pracy ATTIS Sp. z o.o.

ul. Górczewska 89, 01-401 Warszawa

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524).

1. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA MA BYĆ UDOSTĘPNIONA		
Imię i nazwisko		
PESEL		
2. FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (zaznaczyć właściwe)		
<input type="checkbox"/> kserokopia	<input type="checkbox"/> do wglądu	<input type="checkbox"/> wyciąg
<input type="checkbox"/> wydruk	<input type="checkbox"/> do wglądu + notatki/zdjęcia	<input type="checkbox"/> odpis
3. RODZAJ I ZAKRES DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		
(wpisać, z którego oddziału szpitalnego lub poradni i za jaki okres, np. poradnia ortopedyczna za rok 2017, oddział wewnętrzny z maja 2013r.)		
4. ODBIÓR UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		
odbiór osobisty w Przychodni (zaznaczyć właściwą):		proszę o wysłanie pocztą (wpisać, na jaki adres):
<input type="checkbox"/> Górczewska	<input type="checkbox"/> Nowogrodzka	
<input type="checkbox"/> Pawińskiego	<input type="checkbox"/> Grochowska	
<input type="checkbox"/> Śliska		
5. DOKUMENTACJA MEDYCZNA, O KTÓRĄ WNIOSKUJĘ, DOTYCZY (zaznaczyć właściwe)		
<input type="checkbox"/> mojej osoby		
<input type="checkbox"/> osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym (należy okazać odpowiedni dokument)		
<input type="checkbox"/> osoby, która udzieliła mi pisemnego upoważnienia (należy dołączyć upoważnienie)	<b>dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji:</b>	
	imię i nazwisko	
	PESEL	
6. OŚWIADCZENIE I PODPIS WNIOSKODAWCY		
Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Oświadczam również, że wszelkie ryzyko związane z wysyłaniem dokumentacji medycznej nie obciąża Centrum ATTIS i nie będę wobec tego dochodzić żadnych roszczeń. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum ATTIS w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.		
..... <b>data i podpis osoby składającej wniosek</b>	<b>telefon kontaktowy:</b>	
	adres do korespondencji:	

OPŁATY I ODBIÓR DOKUMENTACJI →

**7. POTWIERDZENIE DOKONANIA OPŁATY** (wypełnia pracownik Centrum ATTIS)

Wnioskodawca dostarczył dowód uiszczenia opłaty w postaci:

paragonu z kasy Centrum ATTIS

potwierdzenia dokonania przelewu bankowego na wskazany poniżej numer konta:

**BANK PEKAO SA**

**Nr 14 1240 2034 1111 0010 1547 6334**

**(w tytule przelewu należy wpisać „opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej”)**

nie dotyczy - dokumentacja medyczna udostępniana jest po raz pierwszy w żądanym zakresie lub w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

.....  
Data i podpis pracownika Centrum ATTIS realizującego wniosek

**8. POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Udostępniono mi dokumentację medyczną w żądanej formie w dniu:

.....  
data i podpis wnioskodawcy

Dokumentację udostępnił:

.....  
data i podpis osoby udostępniającej