

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wniosek można składać osobiście / przez osobę upoważnioną na piśmie / mailowo na adres: administracja@ujastek.pl

### 1. Dane wnioskodawcy / opiekuna prawnego dziecka:

Imię i nazwisko: ..... PESEL: \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny: .....

Telefon kontaktowy: ..... e-mail: .....

### 2. Dane pacjenta (wypełnić tylko wtedy, gdy dokumentacja medyczna NIE DOTYCZY wnioskodawcy)

Imię i nazwisko: ..... PESEL: \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny: .....

Telefon kontaktowy: ..... e-mail: .....

### 3. Proszę o :

- wydanie dokumentacji medycznej (kserokopia, odpis - potwierdzone za zgodność z oryginałem) – bezpłatnie pierwsza kopia, każde kolejne zgodnie z obowiązującym cennikiem;
- wgląd do dokumentacji medycznej;
- wydanie opisu wyników badań obrazowych;
- duplikat Książeczki Zdrowia Dziecka (dane w duplikacie odpowiadają okresowi pobytu dziecka w Szpitalu Ujastek) – 30zł;
- wydanie wyników badań diagnostyki obrazowej (RTG, MR, Mammografia) na płycie CD – 1,70zł
- inne: .....

### wg poniższych danych:

Szpital Położniczo-Ginekologiczny Ujastek       Centrum Medyczne Ujastek

Oddział / Poradnia: .....

Dokumentacja medyczna dotyczy pobytu / wizyty od \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. do \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r.

### 4. Wybierz sposób odbioru dokumentacji medycznej:

- osobiście**
- przez osobę upoważnioną**, po okazaniu dokumentu tożsamości przez osobę uprawnioną:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej: ..... PESEL: \_\_\_\_\_

**list polecony** za potwierdzeniem odbioru z zobowiązaniem do pokrycia kosztów przesyłki za pobraniem za pośrednictwem Poczty Polskiej zgodnie z aktualnym cennikiem;

**na adres mailowy wskazany we wniosku**: skan dokumentacji medycznej przesłany na adres mailowy zostanie zaszyfrowany, hasło do pliku zostanie przesłane w wiadomości SMS na numer telefonu dostępny w systemie elektronicznym/wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.  
**Ważne!** Przy dużej ilości dokumentacji medycznej przesłanie skanu nie będzie możliwe ze względu na dużą objętość pliku.

Oświadczam, że pokryje ewentualne koszty udostępnienia dokumentacji medycznej w całości, zgodnie z art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020r. poz. 849)

Data: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r.      czytelny podpis wnioskodawcy: .....

Data: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r.      czytelny podpis pracownika placówki przyjmującego wniosek: .....

**5. Informacje dodatkowe:**

- W przypadku odbioru osobistego lub przez osobę upoważnioną dokumentacja jest wydawana w Recepcji Szpitala (dot. dokumentacji szpitalnej) lub w Dziale Obsługi Pacjenta (dot. dokumentacji leczenia ambulatoryjnego) po okazaniu paragonu lub faktury (w przypadku kolejnego wydania lub po uiszczeniu opłaty za list polecony według stawek Poczty Polskiej). Niezależnie od rodzaju wydawanej dokumentacji (Szpital/ Poradnia) płatność należy uiścić w Dziale Obsługi Pacjenta.
- W przypadku wysyłki listem poleconym dokumentacja zostanie wysłana na adres wskazany w poz. I wniosku. Do kosztów wykonania kopii (dotyczy kolejnego wydania) zostanie doliczona opłata za przesyłkę poleconą za zwrotnym potwierdzeniem odbioru (wg stawek Poczty Polskiej). Na wskazany we wniosku adres mailowy zostanie wysłana faktura proforma, na podstawie której należy dokonać wpłaty. Dane do przelewu: Centrum Medyczne Ujastek Sp. z o.o. na rachunek w ING Bank Śląski S.A. o numerze: **97 1050 1445 1000 0023 6487 0812**. W celu przyspieszenia realizacji wniosku, prosimy o odesłanie potwierdzenia dokonania wpłaty na adres mailowy: [administracja@uiastek.pl](mailto:administracja@uiastek.pl)

**6. Potwierdzenie wydania kopii dokumentacji medycznej**

Data wydania dokumentacji medycznej: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r.

Imię / nazwisko osoby odbierającej kopie dokumentacji medycznej: .....

Data: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. czytelny podpis wnioskodawcy: .....

Data: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. czytelny podpis pracownika placówki wydającego kopie: .....