

<b>DANE WNIOSKODAWCY:</b>	Data wpływu wniosku (wypełnia osoba rejestrująca wniosek)
Nazwisko i imię .....	
Tel. kontaktowy .....	

**Dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**WNIOSK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

<b>DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:</b>											
PESEL (Pacjenta lub matki w przypadku noworodka)											
Nazwisko i imię .....											
<b>SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA (zaznaczyć właściwe)</b>											
<input type="checkbox"/> wgląd w siedzibie Szpitala lub miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych <input type="checkbox"/> sporządzenie kopii <input type="checkbox"/> wypożyczenie oryginału, za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (wyłącznie w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta) <input type="checkbox"/> za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej <input type="checkbox"/> na informatycznym nośniku danych											
<b>OŚWIADCZAM, ŻE DLA PACJENTA JESTEM (zaznaczyć właściwe w przypadku, kiedy wnioskodawca nie jest pacjentem)</b>											
<input type="checkbox"/> przedstawicielem ustawowym (np. rodzic, rodzic zastępczy itp.) <b>wpisać, jakim:</b> ..... <input type="checkbox"/> osobą upoważnioną przez pacjenta <input type="checkbox"/> upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej pacjenta <input type="checkbox"/> zgodnie z upoważnieniem do udostępnienia dokumentacji medycznej udzielonym w innej formie <input type="checkbox"/> osobą bliską - małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, inna osoba wskazana przez pacjenta (niniejszy punkt może zostać wskazany wyłącznie, jeśli pacjent nie żyje) należy wówczas złożyć oświadczenie, co do innych osób bliskich ze wskazaniem ich danych oraz oświadczenie tych osób, że nie sprzeciwiają się one udostępnieniu dokumentacji wnioskodawcy i nie jest im znane aby takiemu udostępnieniu sprzeciwił się za życia pacjent, w braku innych osób bliskich wnioskodawca składa oświadczenie, iż nie są mu znane inne osoby bliskie pacjenta											
<b>SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (zaznaczyć właściwe)</b>											
<input type="checkbox"/> odbiór osobisty <input type="checkbox"/> przesyłka za pobraniem, na adres..... <input type="checkbox"/> za pośrednictwem środków komun. elektro. - na adres e-mail..... hasło do zaszyfrowania pliku.....											
<b>ZAKRES DOKUMENTACJI, O KTÓRĄ WNIOSKUJE WNIOSKODAWCA (zaznaczyć właściwe)</b>											
Nazwa oddziału / poradni / pracowni .....											
Okres, którego dotyczy dokumentacja .....											
..... Data i podpis Wnioskodawcy (w przypadku wniosku ustnego podpis pracownika przyjmującego wniosek)											
<b>POZYCJA NIEOBOWIĄZKOWA</b>											
Proszę o podanie na kopercie z przesyłką nr tel. .... celem umożliwienia kurierowi kontaktu z odbiorcą przesyłki. <b>Jestem świadomy(a), że nr telefonu zostanie wpisany na kopercie pod danymi adresowymi i tym samym ujawniony kurierowi i innym pracownikom operatora obsługującego dostawę przesyłki i wyrażam na to zgodę.</b> ..... Podpis osoby podającej nr tel. do kontaktu											
<b>POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI</b>											
..... Data, podpis, pieczęć osoby udostępniającej dok. med.						..... Data, podpis osoby odbierającej					