**F-301-005-001, edycja 1**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Centrum Onkologii – Instytut

 im. Marii Skłodowskiej – Curie,

 Oddział w Gliwicach

 ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15

 44-101 Gliwice

# WNIOSEK

 **o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Osoba występująca z wnioskiem (właściwe zakreślić):

* Pacjent
* Przedstawiciel ustawowy pacjenta
* Osoba upoważniona przez pacjenta

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane pacjenta:**  Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nr tel. kontaktowego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   | **Dane przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta występującej z wnioskiem:**Imię i nazwisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr tel. kontaktowego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej / historii choroby\* z leczenia
w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie, Oddział w Gliwicach:

* za okres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* całość
* do wglądu w siedzibie Instytutu (zgodnie z obowiązującą procedurą)
* poprzez sporządzenie:
* odpisu kopii wyciągu
* w oryginale po podpisaniu oświadczenia odbioru oryginału dokumentacji medycznej przez pacjenta/ osobę upoważnioną\*
* karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego kopia/oryginał\*

Dokumentację medyczną:

* odbiorę osobiście
* proszę przesłać na adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta
i Rzeczniku Praw Pacjenta zgadzam się na pokrycie kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej, a także koszty przesyłki.

**Podpis osoby składającej wniosek** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

Data i podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* Niepotrzebne skreślić*