

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

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

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

Telefon kontaktowy: ..... e-mail (do wystawienia FV proforma\*\*\*\*): .....

Adres korespondencyjny\*\*:

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

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

Telefon kontaktowy: ..... e-mail (do wystawienia FV proforma\*\*\*\*): .....

### III. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie\*\*\*:

wglądu do dokumentacji medycznej w siedzibie Szpitala / Poradni (po wcześniejszym uzgodnieniu terminu) - **nieodpłatnie**

wydania kserokopii dokumentacji medycznej (potwierdzonej za zgodność z oryginałem):  
**nieodpłatnie za pierwszym wydaniem**  
**0,30 zł za 1 stronę kopii\* (każde kolejne wydanie)**

Leczenie szpitalne:	Poradnia (leczenie ambulatoryjne)
<input type="checkbox"/> całość dokumentacji medycznej z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego	Nazwa poradni: .....
<input type="checkbox"/> całość dokumentacji medycznej z Oddziału Neonatologicznego	
<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna Izby Przyjęć	
<input type="checkbox"/> karta informacyjna leczenia szpitalnego	
<input type="checkbox"/> protokół operacyjny	
<input type="checkbox"/> wynik badania: .....	

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

duplikat Książeczki Zdrowia Dziecka (dane w duplikacie odpowiadają okresowi pobytu dziecka w Szpitalu UJASTEK) - **30 zł**

wydanie wyników badań diagnostyki obrazowej (RTG, MR, Mammografia) - **na płycie CD 1,70 zł**

**Uwaga!** Nie wydawana jest kopia dokumentacji medycznej na CD (podstawa prawna: art.27 pkt.3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6 listopada 2008 r. z późn. zm. (Dz.U.2016 poz. 1318)).

### Odbiór dokumentacji medycznej\*\*\*:

osobiście  list polecony za potwierdzeniem odbioru  przez osobę upoważnioną wskazaną w dokumentacji medycznej

przez osobę upoważnioną, której upoważnienie załączam do wniosku, po okazaniu dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do odbioru

\* podstawa prawna: art. 28, ust 2a Ustawy o zmianie niektórych ustaw z dn. 21 luty 2019 r. (Dz.U.2019 poz. 730);

\*\* dotyczy wniosków wysyłanych za pośrednictwem Poczty Polskiej

\*\*\* zaznaczyć właściwe

\*\*\*\* w uzasadnionych przypadkach

**IV. Informacje dodatkowe:**

- Termin udostępnienia dokumentacji do 14 dni roboczych.
- 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 zostanie doliczona opłata za przesyłkę poleconą za zwrotnym potwierdzeniem odbioru (wg stawek Poczty Polskiej). Dotyczy kolejnego wydania.
- 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)

.....  
 data / czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
 data / czytelny podpis przyjmującego wniosek

## POTWIERDZENIE WYDANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(wypełnia pracownik CMU)

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

Dokumentację odebrał: .....

(imię i nazwisko osoby odbierającej dokumentację)

Pobrano opłatę w wysokości .....

paragon/faktura z dnia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r.

.....  
 czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
 czytelny podpis pracownika CMU

**Dokumentacja została sprzedana i zaakceptowana do wydania\*\***

**TAK**

**NIE\***

**Data:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r.

.....  
 Podpis / pieczętka Dyrektora ds. Medycznych / Kierownik Medyczny ds. Opieki Ambulatoryjnej /osoby upoważnionej przez dyrektora / kierownika

\* zaznaczyć właściwe

\*\* dotyczy CMU w przypadku wydania dokumentacji do ZUS / Sąd / Instytucje inne