

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Data wpływu:

Nr wniosku \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
wypełnia pracownik UCK WUM

### DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko wnioskodawcy: \_\_\_\_\_

Dane umożliwiające kontakt: \_\_\_\_\_

*(np. adres do korespondencji, mail, telefon)*

Wnioskodawca jest (właściwie zaznaczyć):

Pacjentem    
  Osobą upoważnioną przez Pacjenta    
  Przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym

*Poucza się, że po śmierci Pacjenta osoba bliska Pacjenta którą jest małżonek, ojciec/matka, dziadek/babcia, teść/teściowa, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z Pacjentem, ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, nawet jeżeli nie posiadała upoważnienia wydanego za życia Pacjenta. Jeżeli Wnioskodawca jest osobą bliską Pacjenta i występuje o dokumentację medyczną po śmierci pacjenta, należy wskazać relację z Pacjentem:*

### DANE PACJENTA

Imię i nazwisko Pacjenta: \_\_\_\_\_ Pesel: \_\_\_\_\_

Inne dane umożliwiające identyfikację Pacjenta: \_\_\_\_\_

*( np. data urodzenia, nr Księgi Główniej, imiona rodziców, dokument tożsamości)*

NAZWA ZAKŁADU LECZNICZEGO UCK WUM KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY	NAZWA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ UCK WUM, KTÓREJ DOKUMENTACJA DOTYCZY <i>(kliniki, oddziału, przychodni specjalistycznej, izba przyjęć, SOR, pracownia, zakład UCK WUM)</i>	RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ <i>historia choroby, wypis, wynik badania RTG, TK, EEG, echo serca, badania genetyczne, inne )</i>	ZAKRES DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ <i>(data wizyty lub pobytu, data badania – proszę o wskazanie zakresu dat: od - do)</i>
<input type="checkbox"/> Dziecięcy Szpital Kliniczny <input type="checkbox"/> Centralny Szpital Kliniczny <input type="checkbox"/> Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

### FORMA I SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA:

kopia    
  odpis    
  wyciąg    
  papierowa    
  w formie skanów na płycie CD  
 wydruk (dotyczy tylko karty informacyjnej z leczenia szpitalnego)    
 na informatycznych nośnikach danych – płyta CD, przy czym wydawane są wyłącznie na płycie CD

wgląd do oryginału we wskazanej komórce organizacyjnej UCK WUM

### SPOSÓB ODBIORU WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

osobiście przez Wnioskodawcę (pacjent lub osoba upoważniona) - płatność przy odbiorze  
 przesyłką na adres .....  
 - przesyłka za pobraniem, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, z adnotacją do rąk własnych wnioskodawcy

Pierwszorazowe udostępnienie dokumentacji jest **bezpłatne** kolejne płatne zgodnie z cennikiem za udostępnienie kolejnych egzemplarzy. Cennik dostępny jest pod na stronie internetowej UCK WUM <https://uckwum.pl/dla-kontrahenta/cennik-swiazczonych-uslug/>.

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:** Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą oraz że zapoznałem/-am się z zasadami i wysokością opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w UCK WUM. W przypadku powstania obowiązku poniesienia opłat zobowiązuję się do ich uiszczenia, w tym kosztów sporządzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem UCK WUM.



*data i czytelny podpis Wnioskodawcy*