

PORADNIA SENS SP. Z O.O.

aleja 3 Maja 2/53, 00-391 Warszawa · KRS 0001152779 · NIP 5253033564 · REGON 540812607
tel. +48 784 423 024 · rejestracja@poradniasens.pl · poradniasens.pl · nr księgi RPWDL 000000302643

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

pacjent małoletni / przedstawiciel ustawowy · postać papierowa — odbiór w Poradni albo wysyłka pocztą

Udostępnianie dokumentacji medycznej jest w Poradni SENS bezpłatne — we wszystkich formach i przy każdym, także kolejnym, udostępnieniu.

Dane wnioskodawcy — przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko:.....

PESEL (a w razie jego braku — data urodzenia):.....

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

Adres e-mail:.....

Występuję jako: ☐ matka ☐ ojciec ☐ opiekun prawny ☐ inny przedstawiciel ustawowy

Dane pacjenta małoletniego, którego dotyczy dokumentacja:

Imię i nazwisko:.....

PESEL (a w razie jego braku — data urodzenia):.....

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego:

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym wyżej wymienionego pacjenta małoletniego, uprawnionym do dostępu do jego dokumentacji medycznej. Nie zostałem/-am pozbawiony/-a władzy rodzicielskiej (opieki) ani nie została ona ograniczona lub zawieszona w zakresie objętym niniejszym wnioskiem; stan ten jest zgodny z oświadczeniami złożonymi w dokumentacji medycznej pacjenta.

Uwaga: z chwilą osiągnięcia przez pacjenta pełnoletności prawa wykonuje wyłącznie pacjent — upoważnienia i zgody złożone przez przedstawicieli ustawowych wygasają.

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- ☐ kopii, wyciągu, odpisu lub wydruku
- ☐ wglądu w Poradni (z możliwością sporządzenia notatek lub zdjęć)
- ☐ wydania oryginału — za pokwitowaniem i z zastrzeżeniem zwrotu, w przypadkach przewidzianych prawem
- ☐ inna (jaka?):.....

Zakres i rodzaj dokumentacji:

Osoba udzielająca świadczeń (jeżeli dotyczy):.....

Okres leczenia (od – do):.....

Zakres:

- ☐ całość dokumentacji
- ☐ wskazany zakres:.....

Sposób odbioru / doręczenia:

- ☐ odbiorę osobiście w Poradni
- ☐ odbierze osoba upoważniona:
imię i nazwisko oraz rodzaj i numer dokumentu tożsamości:.....
- ☐ proszę o wysłanie pocztą (przesyłką rejestrowaną) na adres:.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

Potwierdzenie wpływu wniosku

Data wpływu:.....

Sposób wpływu: ☐ osobiście ☐ pocztą ☐ e-mail ☐ zgłoszenie ustne / telefoniczne (odnotował personel)

Uzgodniony termin odbioru / udostępnienia do wglądu:.....

Sposób weryfikacji tożsamości i umocowania wnioskodawcy:.....

Podpis pracownika:.....

Potwierdzenie wydania dokumentacji

Dokumentacja została wydana:

☐ osobiście — odebrał/-a przedstawiciel ustawowy

☐ przez osobę upoważnioną na podstawie:

☐ upoważnienia znajdującego się w dokumentacji medycznej

☐ upoważnienia zawartego w niniejszym wniosku

☐ odrębnego pisemnego upoważnienia (załączonego do wniosku)

☐ wysłano pocztą — przesyłką rejestrowaną; nr nadania:.....

Data wydania / nadania:.....

Pozycja w wykazie udostępnionej dokumentacji medycznej (Lp.):.....

Potwierdzenie odbioru (przy odbiorze w Poradni)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej. Udostępnienie jest bezpłatne.

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzono na podstawie (rodzaj i numer dokumentu):.....

.....

data, podpis osoby odbierającej

.....

podpis pracownika wydającego dokumentację

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych zawarta jest w klauzuli informacyjnej dla pacjentów — dostępnej w rejestracji oraz na stronie poradniasens.pl.