

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_

## **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

### **Wnioskodawca:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

*W przypadku braku numeru PESEL:*

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Nazwa i numer dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_

### **Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek (tylko, gdy wniosek wypełnia inna osoba):**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

**Niniejszym proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwej rubryce):**

do wglądu w siedzibie FertiMedica

w postaci kopii lub  w postaci odpisu lub  w postaci wyciągu (wszystkie w wersji papierowej)

**Tytuł prawny do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwej rubryce):**

wniosek składa osoba, której dotyczy dokumentacja

wniosek składa przedstawiciel ustawowy

wnioskodawca pozostał upoważniony przez osobę, której dotyczy dokumentacja

**Sposób odbioru kopii/odpisu/wyciągu dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwej rubryce):**

odbiorę osobiście w siedzibie FertiMedica

dokumentację proszę przesłać paczką za potwierdzeniem odbioru i za pobraniem (obejmującym koszt wysyłki wg stawek Poczty Polskiej i ew. koszt sporządzenia odpisu lub wyciągu dokumentacji gdy były sporządzane) na adres:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oświadczam, że rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz mam świadomość istnienia i akceptuję ew. koszty udostępnienie mi dokumentacji medycznej (zgodnie z art.28 ust.1 ustawy z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) oraz jej wysyłki). Zobowiązuję się do pokrycia tych kosztów i oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysyłką dokumentacji nie obciążą podmiotu leczniczego FertiMedica.

---

*(podpis pacjenta)*

---

*(podpis pracownicy recepcji, która przyjęła prośbę)*

### **ODBIÓR KOPII/ODPISU/WYCIĄGU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

Potwierdzam wydanie kopii/odpisu/wyciągu dokumentacji\*

---

*(data i podpis pracownicy recepcji)*

Potwierdzam odbiór kopii/odpisu/wyciągu dokumentacji

---

*(data i podpis Wnioskodawcy)*

\* w przypadku wysyłki dołączyć dowód nadania i potwierdzenie odbioru

Wniosek podpisano w ośrodku medycznie wspomaganey prokreacji – przychodni FertiMedica Centrum Płodności, rejestr podmiotów wykonujących działalność medyczną w woj. mazowieckim ks. nr 177787, należącej do FertiMedica Centrum Płodności Spółka z o.o. spółka komandytowa z siedzibą w Warszawie przy ul. Woronicza 31 lok. 8U, NIP: 951-236-73-75, KRS 462844.