



WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ REQUEST FOR MEDICAL RECORDS

.....
miejsowość, data / *place, date*

.....
imię i nazwisko pracownika CM przyjmującego wniosek
full name of ENEL-MED employee accepting the document

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy / *Full name of the requesting person**

Wniosek dotyczy dokumentacji medycznej pacjenta / *This request concerns the medical records of the following patient:*

.....
Imię i nazwisko pacjenta / *Full name of the patient*

.....
PESEL / *Personal Identification Number***

Działając (właściwe zaznaczyć „x”) / *Acting (tick as appropriate):*

- w imieniu własnym / *in my own name*
- jako przedstawiciel ustawowy – **oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta – rodzicem / opiekunem prawnym (niewłaściwe wykreślić) / *as a legal representative – I confirm that I am the patient’s legal representative – a parent / a legal guardian (delete as applicable)***
- jako osoba upoważniona / *as an authorised person*
- jako osoba bliska (w przypadku śmierci pacjenta) / *as a close person (patient is dead)*

Zwracam się o wydanie*** (właściwe zaznaczyć „x”) /

I would like to request to receive (tick as appropriate):***

- całości dokumentacji medycznej / *the complete medical records*
- dokumentacji medycznej z poradni / *medical records from the clinic*
za okres / *for the period*
- wyników badań laboratoryjnych / *laboratory test results*
za okres / *for the period*
- dokumentacji stomatologicznej za okres / *dental records for the period*
- dokumentacji z leczenia szpitalnego za okres / *medical records from inpatient treatment for the period*
- wyników badań radiologicznych na CD za okres / *results of radiological examinations on a CD for the period*
- innej dokumentacji medycznej (wymienić rodzaj) / *other medical records (please specify):*
.....

* Wypełnić tylko w przypadku, gdy osobą wnioskującą nie jest pacjent. / *Fill in only if the requesting person is not the patient.*

** Numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość / *Personal Identification Number, if attributed; for newborns – mother’s Personal Identification Number; for persons without the Personal Identification Number – type and number of the identity document.*

*** Wydanie dokumentacji medycznej podlega opłacie zgodnie z Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. / *Medical records are issued against a fee pursuant to the Act on Patient’s Rights and Patient’s Rights Ombudsman of 6 November 2008.*

Wnioskuje o (właściwie zaznaczyć „x”) / **I am requesting** (tick as appropriate):

wgląd do dokumentacji medycznej / *to be allowed access to medical records*

sporządzenie wydruku dokumentacji / *for medical records to be:*

w formie papierowej / *printed in hard copy*

w formie elektronicznej na płycie CD / *saved in electronic format on a CD*

w formie elektronicznej na adres e-mail / *in electronic format via e-mail to this address:*

.....
Jestem świadomy(a), że informacje zawarte w przesyłanym e-mailu mogą zostać odebrane przez niepowołaną osobę. Przesyłanie informacji za pośrednictwem poczty elektronicznej nie stanowi w pełni bezpiecznego sposobu komunikacji, ponieważ w momencie opuszczenia infrastruktury sieciowej podmiotu leczniczego wiadomość jest niezaszyfrowana. Oznacza to, że zawartość wiadomości może zostać przechwycona przez osoby trzecie. Możliwe jest przekazanie wiadomości do osoby o podobnym adresie mailowym, w szczególności gdy dostawca usuwa znaki specjalne w adresie pocztowym.

I am aware that e-mailed information may be accessed by an unauthorised person. Sending information via e-mail is not a fully secure way of communication as messages are not encrypted once they leave the network facilities of the medical institution. This means that the contents of a message may be intercepted by third parties. The message may be sent to another person using a similar e-mail address in particular when the provider removes special characters from an address.

.....
data / date

.....
czytelny podpis osoby wnioskującej / *requesting person's legible signature*

Dokumentację medyczną odbiorę (właściwie zaznaczyć „x”) / **I will collect the medical records** (tick as appropriate):

osobiście / *in person*

przez osobę upoważnioną / *through an authorised person:*

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej / *full name of the authorised person*

w oddziale / *in the branch:*.....

.....
nazwa oddziału / *branch name*

Oświadczam, że odebrałem(am) z CM ENEL-MED SA wskazaną we wniosku dokumentację medyczną
I confirm that I have collected medical records described in this request from CM ENEL-MED SA:

.....
data / date

.....
czytelny podpis osoby odbierającej / *collecting person's legible signature*

.....
Oddział ENEL-MED, data
ENEL-MED Centre branch, date

.....
czytelny podpis osoby wydającej/ wysyłającej
issuing/ sending person's legible signature