

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej.

1. Dane wnioskodawcy (pacjent, opiekun prawny, osoba upoważniona):

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

2. **Dokumentacja medyczna dotyczy:**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji medycznej (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

Jako przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta oświadczam, że dysponuję pełną, nieograniczoną władzą rodzicielską nad małoletnim pacjentem.

.....
(podpis wnioskodawcy)

wnioskodawca jest osobą upoważnioną:

upoważnienie w dokumentacji medycznej

odrębne upoważnienie, stanowiące załącznik do niniejszego wniosku

1. Wniosuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu):

.....
.....
.....
.....

w okresie (podać datę pobytu, konsultacji, badania):

2. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący zakres (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

historia choroby,

historia zdrowia i choroby (w poradniach),

karta informacyjna z leczenia szpitalnego,

wyniki badań (podać jakie):

inne

3. Wnioskuje o (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

- sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem,
- sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej,
- sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej,
- wydanie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy, za potwierdzeniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu,
- wydanie na informatycznym nośniku danych (płyta CD/DVD),
- sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu).

4. Dokumentacja wymieniona w pkt. 3 (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

- zostanie odebrana osobiście,
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1,
- proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail:

.....

Oświadczam, że mam świadomość zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną.

.....

(podpis wnioskodawcy)

Pouczenie:

1. Pacjent nie może żądać udostępnienia oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów, za wyjątkiem żądania wydania zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy, wydawanego za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
2. Udostępnienie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
3. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do udostępnienia dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
4. W przypadku nieodebrania zleconej do przygotowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów na podstawie wystawionej faktury bez podpisu.
5. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z siedzibą przy ul. Szpitalnej 2, 75-720 Koszalin, NIP: 669-21-91-946, REGON: 330904973, e-mail: sekretariat@koszalin.poliklinika.pl.

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki:

.....

(czytelny podpis pracownika)

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Wnioskowaną dokumentację (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

- wysłano listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru: nr nadawczy:
adres: dnia:
- odebrała osoba upoważniona
- odebrano osobiście

Ja, niżej podpisany (a) potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

.....

(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie weryfikacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej oraz weryfikacji tożsamości osoby odbierającej na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość ze zdjęciem:

Imię i nazwisko:

.....

(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)