

Rzecznów, dn. _____

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ nr _____

CZĘŚĆ I. WYPEŁNIA PACJENT/OSOBA UPOWAŻNIONA

1. Ja niżej podpisany/a

Imię Nazwisko _____ PESEL

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

Adres zamieszkania _____

Nr telefonu kontaktowego _____ e-mail _____

wniosuję o wydanie dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach SPZPOZ w Rzecznowie:

- a) **mojego leczenia***
- b) **leczenia osoby:****

Imię Nazwisko _____ PESEL

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

Adres zamieszkania _____

- której jestem przedstawicielem ustawowym/prawnym opiekunem*
- która upoważniła mnie do odbioru dokumentacji medycznej na podstawie przedłożonego pełnomocnictwa*
- której jestem osobą bliską (stopień pokrewieństwa) _____ *

* niepotrzebne skreślić

** wypełniane wyłącznie w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuję o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy lub z upoważnienia pacjenta

2. Zakres udostępnianej dokumentacji:

Poradnia/pracownia _____ Ośrodek Zdrowia _____

Okres czasu _____

Wyniki badań: tak nie inne _____

3. Wniosuję o (zaznaczyć „X” we właściwym wierszu):

- wydanie oryginału dokumentacji medycznej z zastrzeżeniem zwrotu po jej wykorzystaniu (na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie poprzez sporządzanie wyciągów, odpisów lub wydruków itp.
- możliwość wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- informatyczny nośnik danych
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

Wydanie dokumentacji medycznej w postaci kserokopii, wyciągu, odpisu lub na informatycznym nośniku danych w tym samym zakresie następuje:

- po raz pierwszy
- po raz kolejny

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście
- proszę przesłać listem poleconym na adres _____
(wysyłka po uprzednim uiszczeniu opłaty uwzględniającej również koszty wysyłki, dane do przelewu wysyłane są na podany nr tel. w formie wiadomości tekstowej SMS lub na podany e-mail)

4. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem znajdującym się na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania i ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że zwaliam podmiot leczniczy z odpowiedzialności za ryzyko związane z zaginięciem lub uszkodzeniem dokumentacji, związane z wysłaniem. SPZPOZ w Rzecznowie zastrzega sobie prawo dochodzenia ewentualnych roszczeń na drodze postępowania sądowego, obejmujących koszt sporządzenia kopii dokumentacji (odpisów, wyciągów, wydruków), koszty przesyłki, kosztów sądowych.

_____ data i podpis osoby przyjmującej wniosek

_____ podpis WNIOSKODAWCY

CZĘŚĆ II. WYPEŁNIA SPZPOZ W RZECZNIOWIE

1. Weryfikacja wniosku oraz dokumentacji medycznej

Wniosek wypełniony prawidłowo tak nie _____

Liczba stron dokumentacji _____

Dokumenty gotowe do wydania tak nie _____

_____ podpis osoby akceptującej wniosek

_____ podpis osoby dokonującej sprawdzenia dokumentacji medycznej

2. Wydanie dokumentacji medycznej

Data wydania przygotowanej dokumentacji medycznej _____

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie _____

Pobrano opłatę w wysokości _____

Wystawiono paragon/rachunek nr _____

Pracownik wydający dokumentację medyczną:
czytelny podpis pracownika

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej:
czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

POUCZENIE:

1. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną: pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie, upoważnionym organom.
2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma wyłącznie osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym, bądź osoba bliska.
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
 - a. do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego w obecności pracownika udostępniającego dokumentację i w uzgodnionym terminie; z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzania notatek i zdjęć,
 - b. poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, wydruków lub kopii (*czyt. objaśnienia u dołu strony 1*)
 - c. poprzez wydanie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych,
 - d. wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.
 - e. na informatycznym nośniku danych
 - f. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
4. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu następuje wyłącznie na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu.
5. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
6. W przypadku braku spełnienia wymogów do wydania dokumentacji medycznej odmowa wydania dokumentacji wydawana jest w formie pisemnej.
7. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
8. Dokumentacja wydawana jest **bez zbędnej zwłoki**, zgodnie z możliwościami organizacyjnymi SPZPOZ w Rzecznictwie.
9. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej wynoszą:
 - jedna strona wyciągu lub odpisu – **12,50 zł**
 - jedna strona kopii – **0,45 zł**
 - elektroniczny nośnik danych – **2,50 zł**
 - **bezpłatnie** – w przypadku **pierwszorazowego udostępnienia**Udostępnienie dokumentacji **do wglądu** na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu jest **bezpłatne**.
10. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów sporządzonej kopii na podstawie wystawionego rachunku.