



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSOBOM FIZYCZNYM

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko											
PESEL											
Adres											
Nr telefonu											

TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: (zaznaczyć X w właściwym miejscu)

- jestem pacjentem, którego dokumentacja dotyczy
- jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta / opiekunem prawnym
- posiadam upoważnienie wystawione przez pacjenta* (*dołączyć do wniosku*)
- jestem osobą bliską dla pacjenta** (*wpisać jaką*)

ZWRACAM SIĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- do wglądu
- wydanie kopii / wyciągu / odpisu / wydruku (*właściwe podkreślić*)
- wydanie kopii na informatycznym nośniku danych
- wydanie oryginału*** i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu do dnia

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

(*wypełnić gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dokumentacja dotyczy*)

Imię i nazwisko											
PESEL											
Adres											

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (wskazać nazwę oddziału / poradni / pracowni)

.....

.....

w okresie

.....

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- całość historii choroby
- historia choroby - dokumentacja lekarska
- karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- karta zlecenia wyjazdu karetki Zespołu Ratownictwa Medycznego
- wyniki badań.....

Inne (*wymienić jakie*)

.....

.....

* Dotyczy osób, które nie są upoważnione w dokumentacji medycznej

** Dotyczy wyłącznie osoby bliskiej uprawnionej do otrzymania dokumentacji pacjenta po jego śmierci, wskazanej w art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osobami bliskimi zgodnie z ww. ustawą są: małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta

*** Dotyczy wydania oryginału za potwierdzeniem 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

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona
- proszę wysłać listem poleconym na adres.....
- proszę wysłać na podany niżej adres poczty elektronicznej: *(wpisać drukowanymi literami)*

E-MAIL	
---------------	--

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dla osoby wnioskującej oraz informacją o przetwarzaniu danych osobowych, rozumiem, akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do poniesienia ewentualnych kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz cennikiem obowiązującym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu, a także pokryję koszt przesyłki pocztowej w przypadku wysłania dokumentacji medycznej. Przyjmuję do wiadomości, że udostępnione dane w formie cyfrowej zostaną mi przesłane w formie zaszyfrowanej w programie 7zip. Hasło do zaszyfrowanego pliku w ramach ochrony danych osobowych (minimum 8 znaków, wielkie i małe znaki) zostanie mi podane drogą telefoniczną lub sms na numer podany w niniejszym wniosku. Jestem świadomy, że dostęp do dokumentacji w formacie cyfrowym wymaga zainstalowania programu 7 zip na własnym komputerze.

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
data i podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (wypełnia pracownik)

Potwierdzam udostępnienie następującej dokumentacji medycznej: (wpisać formę i zakres)
POBRANO opłatę za dokumentację medyczną w wysokości
ZWOLNIONO z opłaty za dokumentację medyczną z powodu: <i>(właściwie zaznaczyć)</i>
<input type="checkbox"/> udostępnienia dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie
<input type="checkbox"/> diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych za udostępnienie dokumentacji w zakresie leczenia onkologicznego****
<input type="checkbox"/> w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych****

.....
data i podpis osoby wydającej

.....
data i podpis osoby odbierającej

**** Przyniętę zwolnienia z opłat należy udokumentować