** WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Załącznik nr 1 do Procedury dot.

zasad udostępniania dokumentacji medycznej

pacjentom oraz ustalenia opłat za jej udostępnienie

**(WZÓR DLA PACJENTA)**

I. UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI- CZĘŚĆ DLA WNIOSKODAWCY

**1. Dane wnioskodawcy (pacjenta lub osoby upoważnionej):**

a) imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………

b) adres zamieszkania (do korespondencji)……………………….………………………………………………………

c) nr PESEL

d) numer telefonu- **proszę o podanie nr telefonu w celu ułatwienia kontaktu** ……………………………………….

**2. Dokumentacja medyczna dotyczy:[[1]](#footnote-2)**

a) imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………

b) adres zamieszkania (do korespondencji).........................................................................................................................

c) nr PESEL

**3. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w:**

………………………………………………………………………………………………………………..……………  *(proszę wskazać np. nazwę oddziału, poradni, datę pobytu lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona):*

Po raz pierwszy w żądanym zakresie (zaznaczyć, gdy dokumentacja udostępniona będzie pierwszy raz)

**4. Rodzaj udostępnianej dokumentacji:**

…………………………………………………………………………………………………………………………..… *(np. historia choroby, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, zdjęcia RTG)[[2]](#footnote-3):*

**5. Jako potwierdzenie:\***

Upoważnienia udzielonego przez pacjenta wpisanego w dokumentacji medycznej

Udzielenia pisemnego upoważnienia

Przedstawicielstwa ustawowego

Inne (wpisać jakie) ……………………………………………………………………………………………………

\*Zaznaczyć, gdy wnioskodawca składa wniosek jako osoba upoważniona lub przedstawiciel ustawowy.

w załączeniu przedkładam: ………………………………………………………………….……………………………

**6. Wnioskuję o (zaznaczyć ,,x” we właściwym wierszu):**

Sporządzenie kserokopii dokumentacji

Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej ,,za zgodność z oryginałem”

Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej

Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej

Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 w siedzibie Szpitala *(wymaga uzgodnienia terminu wglądu)*

Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu *(tylko dla uprawnionych podmiotów)*

**7. Dokumentacja wymieniona w pkt 4 (zaznaczyć ,,x” we właściwym wierszu):**

Zostanie odebrana osobiście

Zostanie odebrana przez osobę upoważnioną

Proszę o przesłanie listem poleconym, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, na adres podany w pkt 1.\*

\*Wnioskujący zobowiązuje się do pokrycia kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji zgodnie z cennikiem Szpitala oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej. *(naliczanie kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej nie dotyczy udostępnienia po raz pierwszy w żądanym zakresie)[[3]](#footnote-4)*

Dokumentacja zostanie przesłana po uprzedniej wpłacie na konto:

Bank Gospodarstwa Krajowego   
Oddział w Zielonej Górze **92 1130 1222 0030 2003 2620 0002**

*(w tytule przelewu proszę wpisać: imię, nazwisko wnioskodawcy- opłata za dokumentację medyczną)*

W celu ustalenia kosztów związanych za udostępnienie dokumentacji medycznej proszę o podanie nr telefonu we wniosku.

……………………………………….

*(data, czytelny podpis wnioskodawcy)*

II. PRZESŁANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ- CZĘŚĆ DLA PRACOWNIKA

**1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:**

…………………………………………………………………………………………………………… *(np. rodzaj, numer dokumentu tożsamości; w przypadku osób uprawnionych np. upoważnienie, orzeczenie sądu)*

**2. Pobrano opłatę:[[4]](#footnote-5)**

a) kwota: ………………..

b) ilość stron: ………………..

c) wystawiono fakturę nr: ……………….. z dnia: …………………

**3. Wysłano listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru (wypełnia pracownik Kancelarii Ogólnej):**

III. UDOSTĘPNIENIE/ODBIÓR DOKUMENTACJI NA MIEJSCU- CZĘŚĆ DLA PRACOWNIKA

**1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:**

…………………………………………………………………………………………………………… *(np. rodzaj, numer dokumentu tożsamości; w przypadku osób uprawnionych np. upoważnienie, orzeczenie sądu)*

**2. Pobrano opłatę:[[5]](#footnote-6)**

a) kwota: ………………..

b) ilość stron: ………………..

c) wystawiono fakturę nr: ……………….. z dnia: …………………

**3. Dokumentację medyczną udostępniono:**

Do wglądu w siedzibie Szpitala

Przez sporządzenie odpisu, wyciągu lub kopii lub w innej formie ( wskazać jakiej) …………………

……………………………………….……………………………………….

*(data, czytelny podpis osoby udostępniającej) (data, czytelny podpis wnioskodawcy)*

1. Należy wypełnić w sytuacji, gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy (np. rodzic) lub z upoważnienia. [↑](#footnote-ref-2)
2. W celu skonkretyzowania należy określić np. rodzaje badań (np. laboratoryjne). [↑](#footnote-ref-3)
3. Zgodnie z art. 28 ust. 2 pkt. 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm). [↑](#footnote-ref-4)
4. Nie dotyczy pierwszorazowego udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z art. 28 ust. 2 pkt. 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm). [↑](#footnote-ref-5)
5. jw. [↑](#footnote-ref-6)