**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ[[1]](#footnote-1)**

*A. Wypełnia pacjent (proszę pisać czytelnie lub drukowanymi literami)*

|  |
| --- |
| **Informacje nt. pacjenta, którego dotyczy dokumentacja** |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Informacje nt. wnioskodawcy** |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Status wnioskodawcy** (*proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej*) |
|[ ]  pacjent |[ ]  przedstawiciel ustawowy (rodzic lub prawny opiekun) |
|[ ]  osoba upoważniona |[ ]  osoba bliska |
| **Informacje nt. dokumentacji** |
| **Komórka organizacyjna, której dotyczy dokumentacja***Np. POZ, oddział, poradnia, pracownia określonej specjalności* |
|  |
| **Zakres żądanej dokumentacji***Np. wskazanie dat realizacji świadczenia lub problemu zdrowotnego, którego dotyczy dokumentacja* |
|  |
| **Forma udostępnienia** (*proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej*) |
|[ ]  wgląd do dokumentacji |[ ]  wyciąg z dokumentacji |
|[ ]  kserokopia dokumentacji |[ ]  odpis dokumentacji |
|[ ]  udostępnienie środkami komunikacji elektronicznej |[ ]  udostępnienie na informatycznym nośniku danych |
|[ ]  wydruk z systemu informatycznego |
| **Forma odbioru** (*proszę zaznaczyć odpowiednie pole*) |
|[ ]  osobiście |[ ]  e-mailem |[ ]  listem poleconym |
| **Adres do wysyłki** (*jeśli powyżej wybrano odpowiednią formę odbioru*) |
|  |
| **Inne uwagi** |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(podpis wnioskodawcy lub osoby przyjmującej wniosek)

*B. Wypełnia personel podmiotu leczniczego (proszę pisać czytelnie lub drukowanymi literami)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu wniosku** |  |
| **Forma wniosku** |

|  |
| --- |
|[ ]  ustna, |
|[ ]  pisemna, |
|[ ]  elektroniczna. |

 |

|  |
| --- |
| **Działania związane z procedowaniem wniosku** *(proszę zaznaczyć odpowiednie pola)* |
|[ ]  Ustalono, czy istnieje dokumentacja we wskazanym we wniosku zakresie |
|[ ]  Zweryfikowano tożsamość wnioskodawcy |
|[ ]  Zweryfikowano uprawnienia wnioskodawcy co do otrzymania dokumentacji medycznej |
|[ ]  Ustalono, czy dokumentacja może być wydawana w formie wskazanej we wniosku |

Na podstawie powyższych informacji podjęto decyzję o (*proszę zaznaczyć odpowiednio*)

**realizacji wniosku / odmowie realizacji wniosku**

W przypadku odmowy realizacji należy wskazać jej przyczynę pacjentowi (elektronicznie lub na piśmie).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(imię i nazwisko osoby rozpatrującej wniosek)

|  |
| --- |
| **Działania związane z realizacją wniosku** |
| **Liczba stron** *(jeśli dotyczy)* |  |
| **Liczba i rodzaj informatycznych nośników danych** *(jeśli dotyczy)* |  |
| **Wysokość opłaty za wydanie dokumentacji medycznej** |  |
| **Sposób pobrania opłaty za dokumentację medyczną** *(proszę zaznaczyć odpowiednie pole)* |
|[ ]  Odstąpiono od pobrania opłaty |
|[ ]  Przelew bankowy |
|[ ]  Gotówka |
| **Ewidencja wydawanej dokumentacji medycznej** |
|[ ]  Informacja o wydanej dokumentacji medycznej została odnotowana w wykazie |
| **Inne uwagi dotyczące realizacji wniosku** |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(imię i nazwisko osoby rozpatrującej wniosek)

1. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej jest procedowany przez podmiot wykonujący działalność leczniczą niezależnie od formy, w jakiej jest składany (ustna, pisemna na wzorze podmiotu wykonującego działalność leczniczą, pisemna na innym wzorze itd.). [↑](#footnote-ref-1)