

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



1. Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko:	PESEL: (jeśli brak to rodzaj i numer dokumentu tożsamości)
	Telefon: (proszę podać w przypadku chęci otrzymania telefonicznej informacji o realizacji wniosku)

2. Dane pacjenta (Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

Imię i nazwisko:	PESEL: (jeśli brak to rodzaj i numer dokumentu tożsamości, a w przypadku noworodka – PESEL matki)
Tytuł prawny wnioskodawcy do dokumentacji	☐ upoważnienie przez pacjenta ☐ rodzic ☐ opiekun prawny ☐ kurator ☐ osoba bliska

3. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- ☐ do wglądu w miejscu udzielania świadczeń ☐ wydanie kopii w wersji elektronicznej (skan dokumentacji)
☐ wydanie kopii w wersji papierowej ☐ inne:.....

4. Wniosek dotyczy dokumentacji:

- ☐ Z leczenia szpitalnego (nazwa szpitala i data pobytu):
 ☐ Pełnej dokumentacji ☐ Część historii choroby:
☐ Dokumentacji leczenia w poradni (nazwa poradni):
 ☐ Pełnej dokumentacji ☐ Część historii zdrowia i choroby:
 Inne: ☐ Opis badania radiologicznego ☐ Płyty CD z badania radiologicznego
 ☐ Płyty CD/DVD z zabiegu ☐ Inne:

5.1. Odbiór dokumentacji medycznej w wersji papierowej:

- ☐ Odbiorę w miejscu udzielania świadczeń ☐ Osobiście ☐ Za pośrednictwem osoby upoważnionej:

Niniejszym **upoważniam*** do odbioru odpisu/wyciągu/kopii mojej dokumentacji medycznej:

Imię, Nazwisko:	PESEL:
-----------------	--------

* proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wnioskodawcą jest pacjent lub przedstawiciel ustawowy pacjenta oraz zaznaczono odbiór za pośrednictwem osoby upoważnionej.

- ☐ Dokumentację proszę przestać listem poleconym (a w przypadku udostępniania oryginału dokumentacji - poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru) na adres:

.....

5.2. Odbiór dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej:

- ☐ Proszę przesłać drogą elektroniczną na adres e-mail:

W przypadku zaznaczenia opcji wysyłki kopii dokumentacji pocztą elektroniczną pliki zostaną zabezpieczone hasłem. Hasło musi posiadać co najmniej 10 znaków, w tym przynajmniej jeden znak specjalny (niebędący literą ani cyfrą - np. !,?,*) i jedną dużą literę. Hasło jest przekazywane na podany przez Wnioskodawcę numer telefonu lub w inny bezpieczny sposób.

Pliki będą kompresowane i zabezpieczone hasłem, zapisane w formacie ZIP. Pliki można odczytać m.in. za pomocą darmowego programu 7-ZIP (do pobrania np. ze strony www.7-zip.org). Posiadanie programu do dekompresji plików obsługującego format ZIP będzie konieczne do otwarcia przesłanych plików.

Pouczenie:

1. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej regulują art. 23-30 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Dokumentacja zostanie przygotowana przez upoważnionego pracownika bez zbędnej zwłoki.
3. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu następuje na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu. Pacjent nie może żądać wydania oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów, z wyjątkiem sytuacji określonej w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy / osoby odbierającej dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem, a także, w określonych przypadkach, poprzez zadanie pytań weryfikacyjnych.
5. Zasady odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej (bądź jej braku) są określone w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala dostępnym na stanowiskach rejestracji..
6. **Nieodebrana kopia dokumentacji jest niszczona po 14 dniach** od daty powiadomienia wnioskodawcy o możliwości jej odbioru.
7. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
8. Pomimo zapewnienia przez podmiot leczniczy odpowiednich środków ochrony, wysłanie dokumentacji listem poleconym lub drogą elektroniczną wiąże się z **ryzykiem jej uszkodzenia, zniszczenia lub utraty, a także przejęcia przez osobę nieuprawnioną podczas procesu doręczania, w tym transferu plików.**

Data i podpis Wnioskodawcy

WYPEŁNIA PRACOWNIK PRZYJMUJĄCY WNIOSEK

Sposób weryfikacji tożsamości wnioskującego:

☐ dokument potwierdzający tożsamość ze zdjęciem

☐ pytania kontrolne:

☐ weryfikacja pozytywna

☐ weryfikacja negatywna

.....
Data przyjęcia wniosku i podpis osoby przyjmującej wniosek

WYPEŁNIA PRACOWNIK WYDAJĄCY DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ

Udostępniono dokumentację med. zgodnie z powyższym wnioskiem:

☐ Odbiór osobisty - na podstawie weryfikacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej oraz weryfikacji tożsamości osoby odbierającej na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość ze zdjęciem

☐ weryfikacja pozytywna

☐ weryfikacja negatywna

☐ Wysłanie kopii dokumentacji drogą elektroniczną / pocztą (właściwe podkreślić) w dniu:

☐ Nie udostępniono dokumentacji medycznej z powodu:

Potwierdzam odbiór/udostępnienie dokumentacji medycznej:

*Data i czytelny podpis
pracownika udostępniającego dokumentację*

*Data i czytelny podpis
osoby odbierającej dokumentację*