

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie
 Polityka Bezpieczeństwa Informacji
 ul. M. Niedziałkowskiego 4A, 73-200 Choszczno
 tel. +48 95 7652438 fax.: +48 95 7652410

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI
przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem na odwrocie wniosku

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko PESEL:

Adres: tel:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

wydanie kserokopii

wydanie kopii w wersji elektronicznej

wydanie wyciągu

wydanie odpisu

do celów.....

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja
DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko PESEL:

Adres.....

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (należy dołączyć kopię, lub okazać oryginał dokumentu potwierdzającego posiadanie charakteru przedstawiciela ustawowego pacjenta)

wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta (należy dołączyć upoważnienie zgodnie z ust. 8 i 9 zawartym w pouczeniu)

UWAGA: W przypadku osobistego złożenia wniosku należy przedłożyć oryginał dokumentu tożsamości do wglądu, w przypadku korespondencyjnego złożenia wniosku należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości).

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (proszę podać nazwę poradni/oddziału lub innej komórki organizacyjnej oraz okres leczenia)

.....
 w okresie od do

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

dokumentację odbiorę osobiście/ przez osobę upoważnioną*) w siedzibie podmiotu leczniczego

dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt. 1, za pobraniem (obejmującym koszt jej sporządzenia i koszty przesyłki wg. stawek Poczty Polskiej.)

5. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem zawartym w niniejszym wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
 (data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
 (data i podpis wnioskodawcy)

*) **niepotrzebne proszę skreślić**

6. POTWIERDZENIE WYDANIA WNIOSKU

Wydano:

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

..... nr

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

Wystawiono paragon fiskalny nr z dnia

.....
(Data wydania dokumentu)

.....
(Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

Wysłano listem poleconym:

Nr nadawczy dnia

.....
(Czytelny podpis pracownika wysyłającego dokumentację)

POUCZENIE

1. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
 - pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
 - osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie;
 - upoważnionym organom.
3. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma wyłącznie osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
 - do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej w obecności pracownika udostępniającego dokumentację i w uzgodnionym terminie;
 - poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii
 - poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ, lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów.
5. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu następuje wyłącznie na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu. Pacjent nie może żądać wydania oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów.
6. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
7. Zgoda na udostępnienie dokumentacji albo jej odmowa następuje na podstawie decyzji dyrektora zakładu lub osoby przez niego upoważnionej. W przypadku nie wyrażenia zgody odmowa wydania dokumentacji wydawana jest w formie pisemnej z uzasadnieniem.
8. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
9. Upoważnienie, o którym mowa w pkt 8 dla swojej ważności musi być sporządzone w obecności pracownika upoważnionego do wydania dokumentacji medycznej. W innym przypadku upoważnienie musi być zaopatrzone w notarialnie lub urzędowo poświadczony podpis upoważniającego.
10. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości ze zdjęciem.
11. Dokumentacja wydawana jest nie później niż w terminie 7 dni roboczych, licząc od daty złożenia wniosku.
12. W przypadku nieodebrania zleconej do wykonania kopii, wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej, Szpital przesyła sporządzoną dokumentację na adres wskazany przez wnioskodawcę, natomiast wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów sporządzonej dokumentacji oraz kosztów przesyłki pobraniowej na podstawie wystawionego rachunku.

Podstawy prawne:

1. Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (T. j. Dz. U. z 2015 roku, poz. 618, ze zm.),
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (T. j. Dz. U. z 2012, poz. 159, ze zm.),
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, lekarza dentystry (Dz. U. z 2015 r., poz. 464, ze zm.),
4. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (T. j. Dz. U. z 2014 roku, poz. 1182, ze zm.)
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (T. j. Dz. U. z 2014 roku, poz. 177, ze zm.).