

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ<sup>1</sup>

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

Informacje nt. pacjenta, którego dotyczy dokumentacja			
Imię i nazwisko			
Data urodzenia			
Adres zamieszkania			
Informacje nt. wnioskodawcy			
Imię i nazwisko			
Data urodzenia			
Adres zamieszkania			
Status wnioskodawcy (proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej)			
<input type="checkbox"/>	pacjent	<input type="checkbox"/>	przedstawiciel ustawowy (rodzic lub prawny opiekun)
<input type="checkbox"/>	osoba upoważniona	<input type="checkbox"/>	osoba bliska
Informacje nt. dokumentacji			
Komórka organizacyjna, której dotyczy dokumentacja			
<i>Np. POZ, oddział, poradnia, pracownia określonej specjalności</i>			
Zakres żądanej dokumentacji			
<i>Np. wskazanie dat realizacji świadczenia lub problemu zdrowotnego, którego dotyczy dokumentacja</i>			
Forma udostępnienia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej)			
<input type="checkbox"/>	wgląd do dokumentacji	<input type="checkbox"/>	wyciąg z dokumentacji
<input type="checkbox"/>	kserokopia dokumentacji	<input type="checkbox"/>	odpis dokumentacji
<input type="checkbox"/>	udostępnienie środkami komunikacji elektronicznej	<input type="checkbox"/>	udostępnienie na informatycznym nośniku danych
<input type="checkbox"/>	wydruk z systemu informatycznego		
Forma odbioru (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)			
<input type="checkbox"/>	osobiście	<input type="checkbox"/>	e-mailem
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	listem poleconym

(data i podpis osoby ubiegającej się o udostępnienie)

<sup>1</sup> 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.).

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

<b>Forma wniosku</b>	<input type="checkbox"/> pisemna, <input type="checkbox"/> elektroniczna.
----------------------	--

<b>Działania związane z procedowaniem wniosku (proszę zaznaczyć odpowiednie pola)</b>	
<input type="checkbox"/>	Ustalono, czy istnieje dokumentacja we wskazanym we wniosku zakresie
<input type="checkbox"/>	Zweryfikowano tożsamość wnioskodawcy
<input type="checkbox"/>	Zweryfikowano uprawnienia wnioskodawcy co do otrzymania dokumentacji medycznej
<input type="checkbox"/>	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).

<b>Działania związane z realizacją wniosku</b>	
<b>Liczba stron (jeśli dotyczy)</b>	
<b>Liczba i rodzaj informatycznych nośników danych (jeśli dotyczy)</b>	
<b>Wysokość opłaty za wydanie dokumentacji medycznej</b>	
<b>Sposób pobrania opłaty za dokumentację medyczną (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</b>	
<input type="checkbox"/> Odstąpiono od pobrania opłaty	<input type="checkbox"/> Przelew Bankowy <input type="checkbox"/> Gotówka
<b>Ewidencja wydawanej dokumentacji medycznej</b>	
<input type="checkbox"/>	Informacja o wydanej dokumentacji medycznej została odnotowana w wykazie
<b>Inne uwagi dotyczące realizacji wniosku</b>	

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

\_\_\_\_\_  
(data, imię i nazwisko osoby akceptującej wniosek)

Kwituję odbiór dokumentacji:

\_\_\_\_\_  
(data, podpis)