

Nr z rejestru wydawania i udostępniania dokumentacji medycznej

Załącznik nr 2 do Instrukcji udostępniania dokumentacji medycznej Szpitala Średzkiego Serca Jezusowego Sp.z o.o.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ na podstawie art.26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wniosek na podstawie udzielonego upoważnienia (w dokumentacji medycznej lub odrębne pisemne upoważnienie)

Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym

Wnioskuję o: (zaznaczyć właściwe)

wydanie kopii dokumentacji medycznej

wydanie wyciągu dokumentacji medycznej

wydanie odpisu dokumentacji medycznej

wydanie wydruku dokumentacji medycznej

udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych, (dokumentacja prowadzona w formie elektronicznej)

za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

wydanie oryginału dokumentacji medycznej (z zastrzeżeniem zwrotu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta).

• Rodzaj dokumentacji medycznej:

.....
.....

• okres leczenia.....

Wnioskowaną dokumentację:

• odbiorę osobiście,

• proszę wysłać na adres:

.....

• odbierze osoba upoważniona

– imię i nazwisko:

Oświadczam, iż:

1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2017 r.poz. 1318 j.t.)

2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą);

3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....

miejsowość, data

.....

podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data:

Termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

WERYFIKACJA WNIOSKU (upoważniony pracownik)

Stwierdzam, że wnioskodawca jest upoważniony / nie jest upoważniony do odbioru w /w. dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie:

.....
.....

.....
data i podpis osoby dokonującej weryfikacji

DECYZJA

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie w /w. dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

Przyczyna odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej**:

.....
.....

.....
data i podpis osoby wydającej decyzję

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:

odebrana osobiście przez pacjenta, odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:

upoważnienie w dokumentacji medycznej, odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: (należy podać nr fv/paragonu).....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU: (w przypadku wysyłki pocztą należy dołączyć podpisane potwierdzenie odbioru)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie.....

(rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

*- niepotrzebne skreślić,

** - dotyczy wyłącznie przypadku odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej.