

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ¹

TĘ CZĘŚĆ WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA²

(proszę pisać czytelnie lub drukowanymi literami)

Informacje nt. pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna					
Imię (imiona), nazwisko, data urodzenia ³					
Informacje nt. wnioskodawcy					
Imię (imiona), nazwisko, data urodzenia ³					
Status wnioskodawcy (proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej)					
<input type="checkbox"/>	pacjent	<input type="checkbox"/>	przedstawiciel ustawy (rodzic lub opiekun prawny)		
<input type="checkbox"/>	osoba upoważniona	<input type="checkbox"/>	osoba bliska		
Informacje nt. dokumentacji medycznej					
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 poniżej)					
<input type="checkbox"/>	osobiście	<input type="checkbox"/>	e-mailem	<input type="checkbox"/>	listem poleconym
Adres do wysyłki (jeśli powyżej wybrano odpowiednią formę odbioru)					
Inne uwagi					

(data i podpis wnioskodawcy⁴)

TĘ CZĘŚĆ WYPEŁNIA OSOBA ZATRUDNIONA W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

(proszę pisać czytelnie lub drukowanymi literami)

Działania związane z procedowaniem wniosku					
Data wpływu wniosku					
Forma wniosku					
<input type="checkbox"/>	elektroniczna	<input type="checkbox"/>	pisemna	<input type="checkbox"/>	ustna
Weryfikacja wniosku i wnioskodawcy					
<input type="checkbox"/>	Ustalono, czy istnieje dokumentacja medyczna we wskazanym we wniosku zakresie.				
<input type="checkbox"/>	Zweryfikowano tożsamość i uprawnienia wnioskodawcy				
<input type="checkbox"/>	Ustalono, czy dokumentacja może być wydana w formie wskazanej we wniosku				

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

realizacji wniosku / odmowie realizacji wniosku⁵

(data i podpis osoby rozpatrującej wniosek)

Działania związane z realizacją wniosku					
Liczba stron					
Liczba i rodzaj informatycznych nośników danych					
Wysokość opłaty za wydanie dokumentacji medycznej					
Sposób pobrania opłaty za wydanie dokumentacji medycznej					
<input type="checkbox"/>	Gotówka	<input type="checkbox"/>	Przelew	<input type="checkbox"/>	Odstąpiono od opłaty
Wykaz udostępnianej dokumentacji medycznej					
<input type="checkbox"/>	Informacja o wydanej dokumentacji medycznej została odnotowana w wykazie				
Inne uwagi					

(data i podpis 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.).

² W imieniu wnioskodawcy wniosek może wypełnić także osoba zatrudniona w placówce medycznej. Należy wówczas dodać informację na ten temat w polu *Inne uwagi*.

³ Data urodzenia służy jedynie odróżnieniu od siebie osób o takim samym imieniu i nazwisku.

⁴ Lub osoby zatrudnionej, jeśli to ona wypełnia wniosek.

⁵ W przypadku odmowy realizacji wniosku należy wskazać jej przyczynę wnioskodawcy.