

**Przed przystąpieniem do wypełniania wniosku proszę zapoznać się z pouczeniem znajdującym się na odwrocie wniosku
WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę wypełnić drukowanymi literami

Chodzież, dnia

I. WNIOSKODAWCA

Imię i Nazwisko: **PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:.....

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

- wydanie kserokopii wydanie dokumentacji na informatycznym nośniku danych
 wydanie wydruku za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres
 do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego e-mail

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i Nazwisko: **PESEL**

Adres zamieszkania:

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
 wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta, który niniejszym oświadcza, iż jest przedstawicielem ustawowym pacjenta:(podpis)
 wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta w dokumentacji medycznej
 wniosek składa osoba (inna niż wskazana w dokumentacji medycznej) upoważniona przez pacjenta. W tym przypadku, do wniosku należy dołączyć upoważnienie pacjenta do udostępnienia dokumentacji medycznej danej osobie
 *wniosek składa osoba bliska dla pacjenta, która niniejszym oświadcza, iż była osobą bliską dla pacjenta [*dotyczy wyłącznie sytuacji złożenia wniosku po śmierci pacjenta]:(podpis)

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA

- Szpital nazwa oddziału w okresie
- Poradnia nazwa poradni w okresie.....
- Izba Przyjęć w okresie
- Inne (**Pracownia Endoskopii, RTG**) jakie

4. ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej: całej dokumentacji medycznej
1. inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej
2.
3.

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

- dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
 do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam Panią/Pana
legitymującego się dowodem osobistym nr
- dokumentację proszę przesać na adres określony w pkt. 1, przesyłką poleconą

6. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na odwrocie wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuje 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

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,
 - upoważnionym organom oraz podmiotom określonym w art. 26 ust. 3, 3a, 3b i 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Po śmierci pacjenta, dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym lub osobą bliską.
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
 - do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
 - poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków,*) **objaśnienia u dołu strony**
 - za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
5. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
6. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
7. Dokumentacja wydawana jest w możliwie najkrótszym terminie.
8. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej uprawnionym organom oraz podmiotom, wynika z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
9. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, odbywa się po uprzednim uzgodnieniu terminu.
10. Jeżeli wniosek nie jest dostarczony osobiście przez wnioskodawcę, do wniosku proszę dołączyć kserokopię/skan dowodu osobistego wnioskodawcy z zakrytymi (zanonimizowanymi) danymi nadmiarowymi. Na dokumencie powinno być tylko widoczne: imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia, nr dowodu osobistego, data ważności dokumentu.

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.),
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 ze zm.),
3. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069)

*) objaśnienia

- > wyciąg - skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej,
- > odpis - dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem,
- > kopia - dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).

7. POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU

1) Tożsamość osoby (imię i nazwisko)

odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

..... nr
(nazwa dokumentu)

2) Pobrano opłatę w wysokości za stron dokumentacji medycznej

gotówka

przelew

.....
Czytelny podpis osoby pracownika wydającego dokumentację

.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację