**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ[[1]](#footnote-1)**

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(podpis wnioskodawcy lub osoby przyjmującej wniosek)

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu wniosku** |  |
| **Forma wniosku** | |  |  | | --- | --- | |  | ustna, | |  | pisemna, | |  | elektroniczna. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Działania związane z procedowaniem wniosku** *(proszę zaznaczyć odpowiednie pola)* | |
|  | Ustalono, czy istnieje dokumentacja we wskazanym we wniosku zakresie |
|  | Zweryfikowano tożsamość wnioskodawcy |
|  | Zweryfikowano uprawnienia wnioskodawcy co do otrzymania dokumentacji medycznej |
|  | 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).

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Działania związane z realizacją wniosku** | | | |
| **Liczba stron** *(jeśli dotyczy)* | | |  |
| **Liczba i rodzaj informatycznych nośników danych** *(jeśli dotyczy)* | | |  |
| **Wysokość opłaty za wydanie dokumentacji medycznej** | | |  |
| **Sposób pobrania opłaty za dokumentację medyczną** *(proszę zaznaczyć odpowiednie pole)* | | | |
|  | | Odstąpiono od pobrania opłaty | |
|  | | Przelew bankowy | |
|  | | Gotówka | |
| **Ewidencja wydawanej dokumentacji medycznej** | | | |
|  | Informacja o wydanej dokumentacji medycznej została odnotowana w wykazie | | |
| **Inne uwagi dotyczące realizacji wniosku** | | | |
|  | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko 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.). [↑](#footnote-ref-1)