

Data wpływu wniosku <i>Wypełnia personel rejestracji</i>	Forma wniosku <i>Wypełnia personel rejestracji</i>	<input type="checkbox"/> pisemna <input type="checkbox"/> ustna
---	---	--

### WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna

Imię i nazwisko
Data urodzenia
Dane osoby składającej wniosek (jeżeli jest to osoba inna niż pacjent)
Imię i nazwisko
Data urodzenia

#### Status osoby składającej wniosek

*Proszę zaznaczyć X we właściwym polu*

- Pacjent, którego dotyczy dokumentacja medyczna
- Przedstawiciel ustawowy pacjenta (np. rodzic lub opiekun prawny)
- Osoba upoważniona przez pacjenta (oświadczenie musi znajdować się w dokumentacji medycznej)
- Osoba bliska (osoba bliska, inna niż upoważniona przez pacjenta w dokumentacji medycznej, może mieć dostęp do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta na zasadach określonych w przepisach)

#### Komórka organizacyjna, której dotyczy dokumentacja

*Np. POZ, oddział, poradnia, pracownia określonej specjalności*

#### Zakres żądanej dokumentacji

*Np. wskazanie zakresu stron, dat realizacji świadczenia lub problemu zdrowotnego, którego dotyczy dokumentacja*

#### Forma, w jakiej ma być udostępniona dokumentacja

*Proszę zaznaczyć X we właściwym polu*

- Wgląd do dokumentacji
- Wyciąg z dokumentacji
- Kserokopia dokumentacji
- Odpis dokumentacji
- Wydruk z systemu informatycznego

#### Udostępnienie środkami komunikacji elektronicznej:

- Skan papierowej dokumentacji medycznej
- Dane z systemu informatycznego

#### Udostępnienie na informatycznym nośniku danych:

- Skan papierowej dokumentacji medycznej
- Dane z systemu informatycznego

#### Forma odbioru udostępnionej dokumentacji

*Proszę zaznaczyć X we właściwym polu*

- Osobiście
- Przesłanie e-mailem
- Przesłanie listem poleconym

Adres do korespondencji lub adres e-mail, jeżeli powyżej wybrano taką formę odbioru

*Proszę wpisać czytelnie*

Inne uwagi

*(podpis wnioskodawcy lub osoby przyjmującej wniosek składany ustnie)*



Dnia \_\_\_\_\_ r.

## WERYFIKACJA WNIOSKU O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wypełnia personel podmiotu leczniczego. Jeżeli wskazany warunek został spełniony, należy zaznaczyć X we właściwym polu:

<b>Informacje wstępne</b>
<input type="checkbox"/> Osoba, której dotyczy wnioskowana dokumentacja medyczna, jest pacjentem podmiotu leczniczego
<input type="checkbox"/> Podmiot posiada dokumentację medyczną we wnioskowanym zakresie
<b>Status wnioskodawcy</b>
<input type="checkbox"/> Tożsamość zweryfikowana na podstawie dokumentu tożsamości
<input type="checkbox"/> Zweryfikowano, że osoba składająca wniosek jest przedstawicielem ustawowym pacjenta
<input type="checkbox"/> Zweryfikowano, że w dokumentacji medycznej znajduje się oświadczenie pacjenta o upoważnieniu wnioskodawcy
<b>Wniosek składany przez osobę bliską w zakresie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta</b>
<input type="checkbox"/> Zweryfikowano, że pacjent nie żyje
<input type="checkbox"/> Zweryfikowano tożsamość osoby bliskiej na podstawie dokumentu tożsamości
<input type="checkbox"/> Zweryfikowano, że wnioskodawca był osobą bliską dla pacjenta. W polu poniżej wskazać, w jaki sposób zweryfikowano tę okoliczność:
<input type="checkbox"/> Zweryfikowano, że pacjent nie złożył sprzeciwu wobec dostępu wnioskodawcy jako osoby bliskiej
<input type="checkbox"/> Zweryfikowano, że inne osoby bliskie nie zgłosiły sprzeciwu wobec dostępu wnioskodawcy jako osoby bliskiej

Wyrażam / nie wyrażam zgody (*niepotrzebne skreślić*) na realizację wniosku o wydanie dokumentacji medycznej. Uzasadnienie w przypadku odmowy:

--

(podpis oraz dane osoby rozpatrującej wniosek)

Liczba stron (jeśli dotyczy)	
Liczba i rodzaj nośników informatycznych (jeśli dotyczy)	
Oплата-za wydanie dokumentacji medycznej (jeśli nie pobrano opłaty – zaznaczyć pole poniżej)	
<b>Sposób pobrania opłaty</b>	
<input type="checkbox"/> Gotówką	
<input type="checkbox"/> przelewem bankowym	
<input type="checkbox"/> odstąpiono od pobrania opłaty	
<b>Inne uwagi dotyczące realizacji wniosku</b>	
<input type="checkbox"/> zweryfikowano tożsamość osoby odbierającej w dniu (proszę wskazać datę):	
<input type="checkbox"/> wysłano listem poleconym w dniu (proszę wskazać datę):	
<input type="checkbox"/> wysłano e-mailem w dniu (proszę wskazać datę):	

(podpis oraz dane osoby realizującej wniosek)