

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ¹

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)		
<input type="checkbox"/> pacjent	<input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy (rodzic lub prawny opiekun)	
<input type="checkbox"/> osoba upoważniona	<input type="checkbox"/> osoba bliska	
Informacje nt. dokumentacji		
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)		
<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		

_____ (podpis wnioskodawcy lub osoby przyjmującej wniosek)

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

Data wpływu wniosku	
----------------------------	--

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.).

Forma wniosku	<input type="checkbox"/> ustna, <input type="checkbox"/> pisemna, <input type="checkbox"/> elektroniczna.
----------------------	---

Działania związane z procedowaniem wniosku (proszę zaznaczyć odpowiednie pola)	
<input type="checkbox"/>	Ustalono, czy istnieje dokumentacja we wskazanym we wniosku zakresie
<input type="checkbox"/>	Zweryfikowano tożsamość wnioskodawcy
<input type="checkbox"/>	Zweryfikowano uprawnienia wnioskodawcy co do otrzymania dokumentacji medycznej
<input type="checkbox"/>	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)	
<input type="checkbox"/>	Odstąpiono od pobrania opłaty
<input type="checkbox"/>	Przelew bankowy
<input type="checkbox"/>	Gotówka
Ewidencja wydawanej dokumentacji medycznej	
<input type="checkbox"/>	Informacja o wydanej dokumentacji medycznej została odnotowana w wykazie
Inne uwagi dotyczące realizacji wniosku	

_____ (imię i nazwisko osoby rozpatrującej wniosek)