

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko:		PESEL (jeśli brak to rodzaj i numer dokumentu tożsamości):	
		Telefon: (proszę podać w przypadku chęci otrzymania telefonicznej informacji o realizacji wniosku)	

2. Dane pacjenta (Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

Imię i nazwisko:		PESEL (jeśli brak to rodzaj i numer dokumentu tożsamości, a w przypadku noworodka – PESEL matki)	
Tytuł prawny wnioskodawcy do dokumentacji	<input type="checkbox"/> upoważnienie przez pacjenta <input type="checkbox"/> osoba bliska <input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> kurator		

3. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- do wglądu w miejscu udzielania świadczeń
 wydanie kopii w wersji elektronicznej (skan dokumentacji)
 wydanie kopii w wersji papierowej
 inne:.....

4. Wniosek dotyczy dokumentacji:

- a) Z leczenia szpitalnego (nazwa szpitala i data pobytu):
 Pełnej dokumentacji; Część historii choroby:
- b) Dokumentacji leczenia w poradni (nazwa poradni):
 Pełnej dokumentacji; Część historii zdrowia i choroby:
- c) Inne: Opis badania radiologicznego Płyty CD z badania radiologicznego
 Płyty CD/DVD z zabiegu Inne:

5.1. Odbiór dokumentacji medycznej w wersji papierowej:

- a) Odbiorę w miejscu udzielania świadczeń
 osobiście
 za pośrednictwem osoby upoważnionej:

Niniejszym **upoważniam*** do odbioru odpisu/wyciągu/kopii mojej dokumentacji medycznej:

Imię, Nazwisko:		PESEL:	
-----------------	--	--------	--

**proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wnioskodawcą jest pacjent lub przedstawiciel ustawowy pacjenta oraz zaznaczono odbiór za pośrednictwem osoby upoważnionej.*

- Dokumentację proszę przelać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres

5.2. Odbiór dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej:

- a) proszę przelać drogą elektroniczną na adres e-mail:.....

W przypadku zaznaczenia opcji wysyłki kopii dokumentacji pocztą elektroniczną pliki zostaną zabezpieczone hasłem. Hasło musi posiadać co najmniej 10 znaków, w tym przynajmniej jeden znak specjalny (niebędący literą ani cyfrą - np. !,?,*) i jedną dużą literę. Hasło jest przekazywane na podany przez Wnioskodawcę numer telefonu lub w inny bezpieczny sposób.

Pouczenie:

1. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej regulują art. 23-30 ustawy o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Dokumentacja zostanie przygotowana przez upoważnionego pracownika bez zbędnej zwłoki.
3. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu następuje na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu. Pacjent nie może żądać wydania oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów, z wyjątkiem sytuacji określonej w ustawie o prawach pacjenta.
4. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem, a także, w określonych przypadkach, poprzez zadanie pytań weryfikacyjnych.
5. Zasady odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej (bądź jej braku) są określone w Regulaminie Organizacyjnym Scanmed S.A. dostępnym na stanowiskach rejestracji..
6. **Nieodebrana kopia dokumentacji jest niszczone po 14 dniach** od daty powiadomienia wnioskodawcy o możliwości jej odbioru.
7. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
8. Pomimo zapewnienia przez podmiot leczniczy odpowiednich środków ochrony, wysłanie dokumentacji listem poleconym lub drogą elektroniczną wiąże się z **ryzykiem jej uszkodzenia, zniszczenia lub utraty, a także przejęcia przez osobę nieuprawnioną podczas procesu doręczania, w tym transferu plików.**

Data i podpis Wnioskodawcy

Wypełnia pracownik przyjmujący wniosek

- Potwierdzono dane wnioskodawcy na podstawie dowodu tożsamości ze zdjęciem.

Data przyjęcia wniosku i podpis osoby przyjmującej wniosek

Wypełnia pracownik wydający dokumentację medyczną

- Udostępniono dokumentację med. zgodnie z powyższym wnioskiem.
- Nie udostępniono dokumentacji medycznej z powodu:
.....
.....
- Kopia dokumentacji została wysłana drogą elektroniczną/pocztą w dniu
- Potwierdzono dane osoby odbierającej dokumentację na podstawie dowodu tożsamości ze zdjęciem.

Potwierdzam odbiór/udostępnienie dokumentacji medycznej:

Data i czytelny podpis pracownika
udostępniającego dokumentację

Data i czytelny podpis osoby
odbierającej dokumentację