



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:.....

PESEL pacjenta lub matki w przypadku noworodka:.....

Dane Wnioskodawcy (w przypadku, gdy wnioskodawca nie jest pacjentem):

Imię i nazwisko:.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

Oświadczam, że dla pacjenta jestem (zaznaczyć właściwe w przypadku, kiedy wnioskodawca nie jest pacjentem):

☐ przedstawicielem ustawowym (np. rodzic, rodzic zastępczy itp.) wpisać, jakim:

.....

☐ osobą upoważnioną przez pacjenta - upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej pacjenta

☐ osobą upoważnioną przez pacjenta zgodnie z upoważnieniem udzielonym w innej formie

☐ osobą bliską - małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, inna osoba wskazana przez pacjenta (niniejszy punkt może zostać wskazany wyłącznie, jeśli pacjent nie żyje)

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej sporządzonej w okresie od.....do.....w:

☐ Oddziale (jakim?).....

☐ Poradni (jakiej?).....

Zakres dokumentacji:

☐ HISTORIA CHOROBY

☐ WYPIS Z ODDZIAŁU

☐ WYNIKI BADAŃ

☐ ZDJĘCIA

☐ INNE:.....

Wnioskowana forma udostępnienia:

☐ wgląd w siedzibie Szpitala lub miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych

☐ sporządzenie kopii lub wydruku

☐ sporządzenie wyciągu

☐ sporządzenie odpisu

☐ wypożyczenie oryginału, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (wyłącznie w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)

☐ sporządzenie kopii na elektronicznym nośniku danych - płyta CD (dotyczy wyłącznie badań obrazowych) ☐ RTG ☐ TK ☐ Rezonans



Do odbioru dokumentacji upoważniam:

Imię

i

Nazwisko.....

.....

PESEL.....

....

Sposób udostępnienia dokumentacji:

☐ odbiór osobisty

☐ przesyłka za pobraniem, na adres:

.....

☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail:

.....

☐ bezpieczne hasło:.....

Rybnik, dnia

.....

(czytelny podpis Wnioskującego)



POTWIERDZENIE WPŁYWU

nr

data:

czytelny podpis pracownika

Potwierdzam zgodność przygotowanej dokumentacji z *Wnioskiem*

☐ dokumentacja udostępniana <u>po raz pierwszy</u> we wnioskowanym zakresie lub w związku z postępowaniem w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego	☐ dokumentacja udostępniana <u>kolejny raz</u> we wnioskowanym zakresie Oświadczam, że pokryję w całości koszt udostępnienia dokumentacji medycznej ustalony zgodnie z <i>Ustawą o prawach pacjenta</i> i <i>Rzeczniku Praw Pacjenta</i> .
--	---

ilość stron.....

ilość płyt CD.....

czytelny podpis pracownika

POTWIERDZENIE WYDANIA / UDOSTĘPNIENIA DO WGLĄDU DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- ☐ udostępniona do wglądu,
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta,
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).
- ☐ odebrana przez osobę bliską (Oświadczenie w załączeniu)
- ☐ wysłana w dniu:pocztą na wskazany adres listem poleconym, za pobraniem,
- ☐ wysłana w dniu:za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej E- mail.

Potwierdzam, że po sprawdzeniu zgodności przygotowanej dokumentacji z *Wnioskiem* i tożsamości odbierającego dokumentację / dokonującego wglądu na podstawie:

☐ Dowodu Osobistego

☐ Inne

☐ Dowodu uiszczenia opłaty (jeżeli dotyczy)

dokumentacja została wydana / udostępniona do wglądu w dniu.....

czytelny podpis pracownika wydającego/wysyłającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU / REALIZACJI WGLĄDU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Oświadczam, że zostałem poinformowany o przetwarzaniu moich danych osobowych i że zapoznałem się z Informacją na temat przetwarzania danych osobowych osób upoważnionych do uzyskiwania dokumentacji medycznej, która jest dostępna w Biurze Obsługi Kancelaryjnej i na stronie Internetowej Szpitala www.szpital.rybnik.pl (w przypadku, gdy odbierającym nie jest pacjent).

Potwierdzam odbiór / realizację wglądu do wnioskowanej dokumentacji w dniu.....

czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację