

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)

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.).

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

Data wpływu wniosku	
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)