

### WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

A. Wypełnia pacjent (proszę pisać czytelnie lub drukowanymi literami)

<b>Informacje nt. pacjenta, którego dotyczy dokumentacja</b>					
<b>Imię i nazwisko</b>					
<b>Data urodzenia</b>					
<b>Informacje nt. wnioskodawcy</b>					
<b>Imię i nazwisko</b>					
<b>Data urodzenia</b>					
<b>Status wnioskodawcy (proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej)</b>					
<input type="checkbox"/>	pacjent	<input type="checkbox"/>	przedstawiciel ustawowy (rodzic lub prawny opiekun)		
<input type="checkbox"/>	osoba upoważniona	<input type="checkbox"/>	osoba bliska		
<b>Informacje nt. dokumentacji</b>					
<b>Komórka organizacyjna, której dotyczy dokumentacja</b>					
<i>Np. POZ, oddział, poradnia, pracownia określonej specjalności</i>					
<b>Zakres żądanej dokumentacji</b>					
<i>Np. wskazanie dat realizacji świadczenia lub problemu zdrowotnego, którego dotyczy dokumentacja</i>					
<b>Forma udostępnienia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej)</b>					
<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				
<b>Forma odbioru (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</b>					
<input type="checkbox"/>	osobiście	<input type="checkbox"/>	e-mailem	<input type="checkbox"/>	listem poleconym
<b>Adres do wysyłki (jeśli powyżej wybrano odpowiednią formę odbioru)</b>					
<b>Inne uwagi</b>					

\_\_\_\_\_ (podpis wnioskodawcy lub osoby przyjmującej wniosek)

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej (załącznik nr 2 do regulaminu organizacyjnego)

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

<b>Data wpływu wniosku</b>	
<b>Forma wniosku</b>	<input type="checkbox"/> ustna, <input type="checkbox"/> pisemna, <input type="checkbox"/> elektroniczna.

<b>Działania związane z procedowaniem wniosku (proszę zaznaczyć odpowiednie pola)</b>	
<input type="checkbox"/>	Ustalono, czy podmiot leczniczy posiada dokumentację we wskazanym we wniosku zakresie
<input type="checkbox"/>	Zweryfikowano tożsamość wnioskodawcy
<input type="checkbox"/>	Ustalono, czy wnioskodawca jest uprawniony do otrzymania dokumentacji medycznej
<input type="checkbox"/>	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)

<b>Działania związane z realizacją wniosku</b>	
<b>Liczba stron (jeśli dotyczy)</b>	
<b>Liczba i rodzaj informatycznych nośników danych (jeśli dotyczy)</b>	
<b>Wysokość opłaty za wydanie dokumentacji medycznej</b>	
<b>Sposób pobrania opłaty za dokumentację medyczną (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</b>	
<input type="checkbox"/>	Odstąpiono od pobrania opłaty
<input type="checkbox"/>	Przelew bankowy
<input type="checkbox"/>	Gotówka
<b>Ewidencja wydawanej dokumentacji medycznej</b>	
	Informacja o wydanej dokumentacji medycznej została odnotowana w wykazie
<b>Inne uwagi dotyczące realizacji wniosku</b>	

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko osoby rozpatrującej wniosek)