

## 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)

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

|                            |                                                                                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Data wpływu wniosku</b> |                                                                                                                 |
| <b>Forma wniosku</b>       | <input type="checkbox"/> ustna,<br><input type="checkbox"/> pisemna,<br><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>                                          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                   | Informacja o wydanej dokumentacji medycznej została odnotowana w wykazie |
| <b>Inne uwagi dotyczące realizacji wniosku</b>                                             |                                                                          |
|                                                                                            |                                                                          |

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