|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***WYPEŁNIA PERSONEL REJESTRACJI*** | ***Data wpływu*** | ***Forma pisemna*** | ***Forma ustna*** |
|  |  |  |

**WNIOSEK** **O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

F-004-INM-018



|  |  |
| --- | --- |
| Dane osoby składającej wniosek: | Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna:Tożsame z danymi osoby składającej wniosek |
| Imię i Nazwisko |  |  |
| Data urodzenia |  |  |
| Status osoby składającej wniosek: (*proszę zaznaczyć X odpowiednio*) | **Wypełnia personel rejestracji.**Weryfikacja statusu przez personel podmiotu leczniczego. |
|  | Pacjent, którego dotyczy dokumentacja medyczna |  | Tożsamość zweryfikowano na podstawie dokumentu1 |
|  | Przedstawiciel ustawowy pacjenta (np. rodzic, opiekun prawny) |  | Zweryfikowano, że osoba składająca wniosek jest przedstawicielem ustawowym pacjenta2 |
|  | Osoba upoważniona przez pacjenta  |  | Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu wnioskodawcy znajduje się w dokumentacji3 |
|  | Osoba bliska4  |  Zweryfikowano,: że pacjent nie żyje5 tożsamość osoby wnioskującej  że wnioskodawca był osobą bliską dla pacjenta na podstawie6:…………………………………………………………………………………………………………………………………….. pacjent nie złożył sprzeciwu7 Inna osoba bliska nie złożyła sprzeciwu7 |
| Zakres żądanej dokumentacji ( np. POZ- str. 20-22 lub Laboratorium -- świadczenie z dnia……..) |
|  |
| Forma udostępnienia dokumentacji: (*proszę zaznaczyć X odpowiednio*) |
|  | Wgląd do dokumentacji |  | Wyciąg z dokumentacji |  | Wydruk dokumentacji |
|  | Kserokopia dokumentacji |  | Odpis dokumentacji |
| Forma odbioru przygotowanych dokumentów: osobiście przez wnioskodawcę listem poleconym1**UWAGA: list może zostać odebrany pod wskazanym adresem przez każdego dorosłego domownika****1 dostępne wyłącznie w przypadku złożenia wniosku osobiście** |
| Adres do korespondencji, jeżeli wybrano taką formę odbioru: |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | podpis wnioskodawcy lub osoby przyjmującej wniosek składany ustnie |

Wyrażam / nie wyrażam zgody (*niepotrzebne skreślić*) na realizację wniosku o wydanie dokumentacji medycznej. Uzasadnienie w przypadku odmowy: ……………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Czytelny podpis lub parafka i pieczątka osoby rozpatrującej wniosek |
|  |

**REALIZACJA WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba stron (jeśli dotyczy) |  |
| Opłata za wydanie dokumentacji medycznej |  |
| Sposób pobrania opłaty (proszę *zaznaczyć X poniżej*): |
|  | Gotówką |
|  | odstąpiono od pobrania opłaty |
| Inne uwagi dotyczące realizacji wniosku: |
|  |
|  | zweryfikowano tożsamość osoby odbierającej w dniu: |
|  | wysłano listem poleconym w dniu: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Podpis i dane osoby realizującej wniosek |

OBJAŚNIENIA:

1 dowód osobisty, prawo jazdy, paszport, legitymacja szkolna w przypadku dzieci do 18 roku życia,

2 zgodność danych przedstawiciela ustawowego z dokumentu z pkt 1 oraz upoważnienia w dokumentacji medycznej bądź odpis aktu urodzenia lub inny dokument urzędowy, na podstawie którego można bez przeszkód ustalić fakt, iż wnioskodawca jest przedstawicielem ustawowym dziecka,

3 oświadczenie o upoważnieniu musi znajdować się w dokumentacji medycznej pacjenta,

4 osoba bliska pomimo tego, że nie jest upoważniona w dokumentacji medycznej może mieć dostęp do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta.

Osoba bliska- małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub wskazaną przez pacjenta.

5 odpis aktu zgonu

6 dokument urzędowy na podstawie którego można bez przeszkód ustalić fakt iż wnioskodawca był osobą bliską, wydawany przez urząd stanu cywilnego

Osoba pozostająca we wspólnym pożyciu potwierdza fakt bycia osobą bliską pacjenta poprzez złożenie oświadczenia

7 weryfikacja sprzeciwów umieszczonych w dokumentacji medycznej

|  |
| --- |
|  |
|  |