

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNE DRUKOWANYMI LITERAMI**
Przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem na odwrocie wniosku

Bytom, dnia.....

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko PESEL:

Adres: tel:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (*proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce*)

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu
- przesłanie skanu dok. med. bez potwierdzenia „za zgodność z oryginałem” na wskazany w pkt. 4 adres e-mail

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko PESEL:

Adres.....

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: (*proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce*)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta
- wniosek składa osoba bliska pacjenta (*należy przedłożyć akt zgonu pacjenta*)

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (*proszę podać nazwę poradni/komórki organizacyjnej oraz okres leczenia*)

.....w okresie.....

(Oddział/Poradnia/Pracownia)

Proszę zaznaczyć X: z wynikami bez wyników

Dodatkowe informacje:.....

(udostępnienie: całości dokumentacji, wyniki, opis zabiegu, karta informacyjna/wypisowa, itp.)

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (*proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce*)

- dokumentację odbiorę osobiście lub przez osobę upoważnioną*) w siedzibie podmiotu leczniczego
- dokumentację proszę przesłać listem poleconym na adres określony w pkt. 1 po uprzednim uregulowaniu przeze mnie płatności
- dokumentację proszę przesłać na adres e-mail po uprzednim uregulowaniu przeze mnie płatności: (e-mail).....

5. Dokumentacja przesłana drogą mailową jest zaszyfrowana. Hasło do otworzenia pliku to numeru PESEL pacjenta.

6. Odbiór dokumentacji możliwy jest w punkcie odbioru dokumentacji medycznej Szpitala Specjalistycznego nr 1 w Bytomiu - przy Izbie Przyjęć, od poniedziałku do piątku w godzinach od 11:00 do 14:00 (z wyłączeniem świąt) po uiszczeniu wymaganej opłaty......
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek).....
(data i podpis wnioskodawcy)**7. POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację).....
(data i podpis wnioskodawcy)*) **niepotrzebne proszę skreślić****Podstawy prawne:**

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
2. Ustawa Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r ;
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
4. Ustawa z dnia 10 maja 2018r.. o ochronie danych osobowych ;
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ;