

## **WNIOSEK**

### **o udostępnienie dokumentacji medycznej**

#### **1. Dane pacjenta którego dotyczy dokumentacja medyczna**

(WYPEŁNIA PACJENT lub osoba upoważniona przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji medycznej):

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer dowodu osobistego: ..... Numer telefonu kontaktowego: .....

#### **2. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (właściwie zaznaczyć „X” i wypełnić)**

**Nazwa poradni/specjalizacja/lekarz: ..... w zakresie:**

Całości dokumentacji medycznej;

Dokumentacji medycznej w okresie od ..... do .....

Tylko wybranych dokumentów z dokumentacji medycznej: .....

Inne: .....;  Wraz z wynikami badań;  Bez wyników badań.

**Forma udostępnienia:**  odpis/wydruk;  kopia/ksero;  na informatycznym nośniku (CD/DVD)

w innej formie określonej w art. 27 pkt 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i RPP

**Upoważnienie jednorazowe:** (opcja możliwa tylko przy osobistym złożeniu wniosku przez pacjenta)

Upoważniam do jednorazowego odbioru odpisu/kopii mojej dokumentacji medycznej następująca osobę (nazwisko, imię, pesel/data urodzenia, adres): .....

**Data i czytelny podpis:** .....

#### **3. Podstawa prawna i informacje:**

a) Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 roku § 10. 1. „Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotów obowiązanych do jej prowadzenia”, czyli Zakładu Opieki Zdrowotnej i nie jest wydawana pacjentowi w oryginale (oryginał tylko do wglądu w ustalonym terminie).

b) Opłata za jedną stronę ksero/odpisu - zgodnie z aktualnym cennikiem (ceny ustalone zgodnie z art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) za wyjątkiem poniższego punktu c.

c) Zgodnie z art. 28 ust. 2a pkt 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – opłaty za kopię/odpis „nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej: pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie”. Kolejna kopia płatna na zasadach ogólnych.

**Odbiór odpisu/kopii i opłata w rejestracji. Termin wykonania odpisu/kopii:**

- dokumentacja medyczna aktualna (do 3 lat wstecz) – 10 dni roboczych od złożenia wniosku;

- dokumentacja archiwalna (w tym także zamknięte poradnie) – 20 dni roboczych od złożenia wniosku

**Dokumentację może odebrać:** pacjent osobiście, opiekun prawny pacjenta, osoba upoważniona jednorazowo lub osoba upoważniona przez pacjenta na oświadczeniu w dokumentacji medycznej.

#### **4. Informacje techniczne/realizacja wniosku: (WYPEŁNIA PRACOWNIK PRZYCHODNI)**

Ustalona data odbioru: ..... Uwagi: ..... Wniosek złożony osobiście: TAK / NIE

Opłata: Ilość stron: ....., w tym: stron bezpłatnych ..... ; stron płatnych ..... = opłata: .....zł

Osoba upoważniona przez pacjenta do odbioru dok. med.: .....

ZREALIZOWANE  ODMOWA Podpis pracownika: .....

Potwierdzam odbiór ww. dokumentacji (data i czytelny podpis osoby odbierającej): .....