

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko: PESEL:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Wnioskuje o:

- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu (wymaga uzgodnienia terminu wglądu)
- wydanie kserokopii / wydruku / odpisu / wyciągu** dokumentacji medycznej
 - dokumentację odbiorę osobiście
 - dokumentację odbierze osoba upoważniona***:
 - dokumentację proszę wysłać na adres pocztowy:
- udostępnienie dokumentacji na informatycznym nośniku danych (np. płyta CD)
 - dokumentację odbiorę osobiście
 - dokumentację odbierze osoba upoważniona***:
 - dokumentację proszę wysłać na adres pocztowy:
- przekazanie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w przypadku skanu dokumentacji - brak potwierdzenia zgodności z oryginałem)
 - proszę dołączyć dokumentację do mojego konta w serwisie eSzpital,
 - proszę wysłać dokumentację na adres e-mail:
hasło do pliku (co najmniej 8 znaków, lit. mała, duża, cyfra, znak spec):
- jestem świadomy/a ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną, w szczególności, że Internet nie zapewnia bezpieczeństwa przesyłanych danych.

podpis wnioskodawcy:

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- z leczenia szpitalnego w oddziale: za okres:
 - z leczenia ambulatoryjnego (poradnia) za okres:
 - badanie diagnostyczne wykonane w okresie.....
 - inne (jakie)
- zakres dokumentacji (np. karta informacyjna, wyniki badań itd.):
-

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śl.****,
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą) – w razie braku zgody na pokrycie kosztów przesyłki pocztowej odbiór dokumentacji następuje na miejscu, w Szpitalu****,
- 3) w razie nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o jej przygotowaniu, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii****,

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data wpływu:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

.....
data i podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja została:

- odebrana osobiście przez pacjenta, przedstawiciela ustawowego
- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- zeskanowana i załączona do konta w serwisie eSzpital,
- wysłana na wskazany e-mail w dniu:
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU (osobiście):

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

- dowodu osobistego
- prawa jazdy
- paszportu
- legitymacji studenckiej
- innego dokumentu urzędowego ze zdjęciem (jakiego:))

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

* wniosek przesłany drogą elektroniczną (e-mail) jest ważny wyłącznie, jeżeli opatrzony jest bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu lub podpisany profilem zaufanym lub podpisem osobistym – w razie braku tego podpisu dokumentacja udostępniona zostanie dopiero po dostarczeniu podpisanego odręcznie wniosku
Szpital zastrzega sobie prawo do nierealizowania wniosków wypełnionych nieprawidłowo lub niekompletnie

** właściwe zakreślić

***w przypadku udostępniania dokumentacji osobie innej, niż ta której ona dotyczy, do wniosku konieczne jest załączenie upoważnienia dla tej osoby do dostępu do dokumentacji oraz okazanie dokumentu tożsamości osoby upoważnionej – upoważnienie nie jest wymagane w przypadku gdy do dokumentacji medycznej załączono już stosowne upoważnienie,

**** opłaty nie pobiera się jeżeli udostępnienie w żądanym zakresie następuje dla pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego po raz pierwszy (np. pierwsza kopia darmowa),