

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

A. Wypełnia pacjent (proszę pisać czytelnie lub drukowanymi literami)

Informacje nt. pacjenta, którego dotyczy dokumentacja			
Imię i nazwisko			
Data urodzenia			
Informacje nt. wnioskodawcy			
Imię i nazwisko			
Data urodzenia			
Status wnioskodawcy (proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej)			
☐	pacjent	☐	przedstawiciel ustawowy (rodzic lub prawny opiekun)
☐	osoba upoważniona	☐	osoba bliska
Informacje nt. dokumentacji			
Komórka organizacyjna, której dotyczy dokumentacja			
<i>Np. POZ, oddział, poradnia, pracownia określonej specjalności</i>			
Zakres żądanej dokumentacji			
<i>Np. wskazanie dat realizacji świadczenia lub problemu zdrowotnego, którego dotyczy dokumentacja</i>			
Forma udostępnienia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej)			
☐	wgląd do dokumentacji	☐	wyciąg z dokumentacji
☐	kserokopia dokumentacji	☐	odpis dokumentacji
☐	udostępnienie środkami komunikacji elektronicznej	☐	udostępnienie na informatycznym nośniku danych
☐	wydruk z systemu informatycznego		
Forma odbioru (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)			
☐	osobiście	☐	e-mailem
☐	listem poleconym		
Adres do wysyłki (jeśli powyżej wybrano odpowiednią formę odbioru)			
Inne uwagi			

(podpis wnioskodawcy lub osoby przyjmującej wniosek)

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

Data wpływu wniosku	
Forma wniosku	☐ ustna, ☐ pisemna, ☐ elektroniczna.

Działania związane z procedowaniem wniosku (proszę zaznaczyć odpowiednie pola)	
☐	Ustalono, czy podmiot leczniczy posiada dokumentację we wskazanym we wniosku zakresie
☐	Zweryfikowano tożsamość wnioskodawcy
☐	Ustalono, czy wnioskodawca jest uprawniony do otrzymania dokumentacji medycznej
☐	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)

Działania związane z realizacją wniosku	
Liczba stron (jeśli dotyczy)	
Liczba i rodzaj informatycznych nośników danych (jeśli dotyczy)	
Wysokość opłaty za wydanie dokumentacji medycznej	
Sposób pobrania opłaty za dokumentację medyczną (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)	
☐	Odstąpiono od pobrania opłaty
☐	Przelew bankowy
☐	Gotówka
Ewidencja wydawanej dokumentacji medycznej	
☐	Informacja o wydanej dokumentacji medycznej została odnotowana w wykazie
Inne uwagi dotyczące realizacji wniosku	

(imię i nazwisko osoby rozpatrującej wniosek)