Do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko: …….....

PESEL (lub data urodzenia, jeśli nie posiada) : ……..…….....…

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba inna niż pacjent)*

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby pisemnie upoważnionej lub osoby bliskiej (w przypadku śmierci pacjenta):

…….....

Adres zamieszkania:

…….…….....

Numer telefonu kontaktowego: ……

Wnioskuję* o

- ☐ **wydanie kopii dokumentacji medycznej**:
  - □ pełna dokumentacja medyczna pacjenta we wskazanym okresie leczenia
  - □ wybrane dokumenty (jakie?):……..….
- ☐ **wydanie kopii wyniku badania obrazowego na płycie CD/DVD**
- ☐ **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**
- ☐ **sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej**
- ☐ **wydanie oryginału dokumentacji medycznej (po okresie ustawowego przechowywania)**

Zakres udostępnianej dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / przychodni / poradni specjalistycznej / pracowni diagnostycznej:

  …….....…….....……...……..…….....

- za okres od …….....…… do …….....

Wnioskowaną dokumentację medyczną*:

- ☐ odbiorę osobiście (za okazaniem dokumentu tożsamości)
- ☐ proszę przesłać pocztą za potwierdzeniem odbioru na adres (koszty przesyłki za pobraniem pokrywa wnioskujący):

  …….....……

  …….....

- ☐ proszę przesłać pocztą elektroniczną w formie zaszyfrowanego pliku na adres mailowy……..
- ☐ odbierze osoba upoważniona (za okazaniem dokumentu tożsamości)

  Upoważniam: imię i nazwisko …….…….

……..... …….…….

miejscowość, data czytelny podpis - imię i nazwisko wnioskującego

Na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 06.11.2008 r. (t.j. Dz.U 2023 poz. 1545 ze zm.) informujemy, że pacjent oraz jego opiekun ustawowy lub osoba przez niego upoważniona, ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej.

Przepisy prawne uwzględniają także możliwość odbioru oryginałów dokumentacji medycznej po upływie 20 lat – licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu (w przypadku dzieci do ukończenia 2 roku życia- 22 lat; w przypadku leczenia krwią i jej składnikami lub zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia-30 lat)

POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU

Data: ……
Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: ……

Pieczątka i podpis pracownika: ……..

Zweryfikowano kompletność wnioskowanej do udostępnienia dokumentacji medycznej:

…… ……..
Data, pieczątka i podpis ordynatora/lekarza prowadzącego/ pracownika udostępniającego dokumentację

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Rodzaj:
□ historia choroby nr/rok……
□ historia zdrowia i choroby poradni……..
□ inna (jaka)……

Dokumentacja medyczna*:

- ☐ wysłana pocztą na wskazany adres. Łączna liczba stron……
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta. Łączna liczba stron……
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

  Łączna liczba stron……
- ☐ wgląd z wykonaniem zdjęcia ze stron ……..
  wgląd z wykonaniem notatek ze stron…….

Udostępnienie dokumentacji*:
□ pierwsze (nieodpłatne)
□ kolejne (naliczono opłaty zgodnie z aktualnymi przepisami prawnymi) w wysokości:

……

…… ……..
Data pieczątka i podpis pracownika udostępniającego dokumentację

POTWIERDZAM UDOSTĘPNIENIE WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI

……..
data i czytelny podpis osoby wnioskującej/upoważnionej
(nie dotyczy udostępnienia w formie wysyłki pocztą lub e-mail)

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i/lub RODO
Wniosek zostanie rozpatrzony przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie bez zbędnej zwłoki zgodnie z kolejnością jego wpływu do jednostki. W przypadku, gdy dokumentację medyczną pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy dołączyć do wniosku. Szpital nie pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie.
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora Danych na stronie internetowej www.spzoz-mogilno.pl