

Kliniki Neuroradiochirurgii Spółka z o.o.
ul. Górskiego 6/92, 00-033 Warszawa
NIP 525 238 22 45 REGON 140794224
Radomskie Centrum Rodziny
ul. Radomskiego 5, 26-600 Radom
tel.: (+48) 48 377 90 20 fax: (+48) 48 377 90 28



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ¹

Nr

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI
przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem na końcu wniosku

Radom, dnia.....

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko: PESEL*:

Adres**:tel.***:

** Informacja nie jest wymagana, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja; w przypadku osób, które nie posiadają numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.*

***prosimy wypełnić to pole, jeśli dokumentacja ma zostać wysłana pocztą tradycyjną*

**** prosimy wypełnić to pole, jeśli dokumentacja ma zostać wysłana pocztą elektroniczną*

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

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie kserokopii
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu
- wydanie wydruku (dotyczy przypadków, w których dokumentacja jest prowadzona w formie elektronicznej)
- wydanie oryginału – z zastrzeżeniem zwrotu (tylko na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych lub gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- na elektronicznym nośniku danych

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

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko..... PESEL:.....

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
- inny:

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- Szpitalnego (zakres dokumentacji, nazwa oddziału, za jaki okres)
- Podstawowej Opieki Zdrowotnej POZ (za jaki okres?)
- Poradni Specjalistycznej (AOS) – Poradnia (za jaki okres?).....
- Badanie obrazowe (TK, MR, RTG, USG, MMR, PET) (data badania)
-
- Inne.....
- Dokumentacja medyczna dotyczy Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego ****

**** w przypadku dokumentacji medycznej dotyczącej DiLO nie pobiera się opłat za przygotowanie do udostępnienia

Szczegółowy zakres dokumentacji lub inne uwagi:

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

- dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego

¹ Formularz ma charakter pomocniczy – służy usprawnieniu procesu udostępniania dokumentacji medycznej. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej może zostać złożony także w innej formie.

- dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt.1) (obejmującym koszt przygotowania dokumentacji do udostępnienia i koszty przesyłki zgodnie z cennikiem RCR – płatne z góry w siedzibie placówki lub na konto.)
- dokumentację proszę przesłać za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail:

.....
Dokumentacja przesłana w postaci elektronicznej zostanie skompresowana i zabezpieczona hasłem. Pliki można będzie odczytać m.in. za pomocą darmowego oprogramowania do dekompresji (ZIP, RAR).

Hasło zostanie przekazane wnioskodawcy innym kanałem komunikacji niż pliki z dokumentacją medyczną.

- dokumentację odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko:

PESEL*:

**w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.*

5. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na końcu niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki.

Równocześnie oświadczam, że rozumiem i akceptuję ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji pocztą lub komunikacją elektroniczną. W przypadku nieodebrania zleconej do udostępnienia dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej dokumentacji (jeżeli udostępnienie dokumentacji ma charakter odpłatny).

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
data i podpis wnioskodawcy

6. WERYFIKACJA WNIOSKU (wypełnia osoba upoważniona do udostępniania dokumentacji)

- Wniosek uwzględniony

.....
data i podpis osoby upoważnionej do udostępniania dokumentacji medycznej

- Odmawia się uwzględnienia wniosku z powodu:

.....
data i podpis osoby upoważnionej do udostępniania dokumentacji medycznej

7. POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU

Dokumentacja:

- Wysłana pocztą tradycyjną/elektroniczną* na wskazany adres w dniu
- Odebrana osobiście przez pacjenta
- Odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - Upoważnienie w dokumentacji medycznej
 - Upoważnienie w niniejszym wniosku
 - Odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)

Naliczono opłaty w wysokości **

**** w przypadku dokumentacji medycznej dotyczącej DiLO nie pobiera się opłat za przygotowanie do udostępnienia**

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....
data i podpis wnioskodawcy

Termin zwrotu dokumentacji (*oryginał wydawany tylko na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych lub gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta*):

Potwierdzeniem odbioru dokumentacji wysłanej pocztą jest:

- żółta zwrotka (w przypadku poczty tradycyjnej);

- wydrukowany e-mail potwierdzający dostarczenie wiadomości (w przypadku poczty elektronicznej), dołączony do niniejszego wniosku.

*) **niepotrzebne skreślić**

POUCZENIE

1. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
 - pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
 - osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie;
 - upoważnionym organom.
2. Dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
 - do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej w obecności pracownika udostępniającego dokumentację i w uzgodnionym terminie;
 - poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków;
 - poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów;
 - za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - na informatycznym nośniku danych.
4. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu następuje wyłącznie na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu.
5. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
6. Do wniosku należy dołączyć upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
7. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
8. Dokumentacja wydawana jest niezwłocznie.
9. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalane są zgodnie z cennikiem. Aktualny cennik zamieszczony jest na tablicy informacyjnej, na stronie internetowej oraz w Rejestracji.
10. W przypadku nie odebrania zleconej do udostępnienia dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów przygotowanej do udostępnienia dokumentacji na podstawie wystawionej faktury bez podpisu.
11. Pierwsza kopia dokumentacji medycznej wydawana jest pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu w żądanym zakresie nieodpłatnie.
12. Dokumentacja przesłana w postaci elektronicznej zostanie skompresowana i zabezpieczona hasłem. Pliki można będzie odczytać m.in. za pomocą darmowego oprogramowania do dekompresji. Hasło zostanie przekazane wnioskodawcy innym kanałem komunikacji niż pliki z dokumentacją medyczną.
13. Choć szpital zapewnia odpowiednie do ryzyka środki ochrony, wysłanie dokumentacji pocztą lub drogą elektroniczną wiąże się z ryzykiem jej zniszczenia, uszkodzenia, zaginięcia, lub przejęcia przez osobę nieuprawnioną.
14. Powyższe zasady dotyczą udostępniania dokumentacji medycznej. Nie odnoszą się do realizacji uprawnień osób, których dane są przetwarzane, zgodnie z art. 15 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r nr 112 poz. 654);
2. Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r (Dz. U. z 2009, nr 52, poz.417 z późn. zm.)
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)
4. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm)
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 202, poz. 2135 z późn. zm.)