

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)					
<input type="checkbox"/>	pacjent	<input type="checkbox"/>	przedstawiciel ustawowy (rodzic lub prawny opiekun)		
<input type="checkbox"/>	osoba upoważniona	<input type="checkbox"/>	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)					
<input type="checkbox"/>	wgląd do dokumentacji	<input type="checkbox"/>	wyciąg z dokumentacji		
<input type="checkbox"/>	kserokopia dokumentacji	<input type="checkbox"/>	odpis dokumentacji		
<input type="checkbox"/>	udostępnienie środkami komunikacji elektronicznej	<input type="checkbox"/>	udostępnienie na informatycznym nośniku danych		
<input type="checkbox"/>	wydruk z systemu informatycznego				
Forma odbioru (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)					
<input type="checkbox"/>	osobiście	<input type="checkbox"/>	e-mailem	<input type="checkbox"/>	listem poleconym
Adres do wysyłki (jeśli powyżej wybrano odpowiednią formę odbioru)					
Inne uwagi					

(podpis wnioskodawcy lub osoby przyjmującej wniosek)

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej (załącznik nr 2 do regulaminu organizacyjnego)

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

Data wpływu wniosku	
Forma wniosku	<input type="checkbox"/> ustna, <input type="checkbox"/> pisemna, <input type="checkbox"/> elektroniczna.

Działania związane z procedowaniem wniosku (proszę zaznaczyć odpowiednie pola)	
<input type="checkbox"/>	Ustalono, czy podmiot leczniczy posiada dokumentację we wskazanym we wniosku zakresie
<input type="checkbox"/>	Zweryfikowano tożsamość wnioskodawcy
<input type="checkbox"/>	Ustalono, czy wnioskodawca jest uprawniony do otrzymania dokumentacji medycznej
<input type="checkbox"/>	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)	
<input type="checkbox"/>	Odstąpiono od pobrania opłaty
<input type="checkbox"/>	Przelew bankowy
<input type="checkbox"/>	Gotówka
Ewidencja wydawanej dokumentacji medycznej	
<input type="checkbox"/>	Informacja o wydanej dokumentacji medycznej została odnotowana w wykazie
Inne uwagi dotyczące realizacji wniosku	

(imię i nazwisko osoby rozpatrującej wniosek)