

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

(opracowany zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

Nowy Dworek, dnia

I. Dane osoby zgłaszającej wniosek:

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)

.....
.....

II. Osoba zgłaszająca wniosek jest: *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- Pacjentem Przedstawicielem ustawowym Pacjenta*
 Osobą upoważnioną przez Pacjenta** Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta***

* nie dotyczy osób powyżej 18 roku życia posiadających pełną zdolność do czynności prawnych

** dotyczy jeśli osoba upoważniona jest inną osobą niż pacjent/ przedstawiciel ustawowy

*** osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

III. Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek:

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. PESEL:

IV. Zakres wnioskowanej dokumentacji

Dotyczy: *(proszę zaznaczyć właściwe)*

leczenia w okresie:

- całości dokumentacji medycznej
 karty informacyjnej z leczenia szpitalnego
 wskazanych rodzajów dokumentów

V. Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:

- do wglądu w Administracji Ośrodka dla Osób Uzależnionych SP ZOZ „Nowy Dworek”, z możliwością zapewnienia Pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po jej wykorzystaniu;

- poprzez sporządzenie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem;
- poprzez sporządzenie wydruku elektronicznego na informatycznym nośniku danych;
- poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres e-mail;

VI. Sposób odbioru dokumentacji: (proszę zaznaczyć właściwe)

- odbiorę osobiście
- proszę o przesłanie listem poleconym na podany adres
- proszę o przesłanie na adres e-mail nr telefonu do wysłania KODU otwierającego plik spakowanego programem 7-Zip

UWAGA: Zaznaczenie opcji przesłania dokumentacji kanałem poczty elektronicznej lub tradycyjnej jest jednocześnie akceptacją ryzyk związanych z możliwością nieuprawnionego dostępu do dokumentacji medycznej wynikających z przesyłania poczty takimi kanałami.

Z uwagi na konieczność zapewnienia zachowania zasad bezpiecznego przetwarzania danych osobowych, udostępnienie dokumentacji medycznej kanałami poczty tradycyjnej lub elektronicznej, będzie możliwe tylko w przypadku możliwości potwierdzenia przez pracownika działu statystyki medycznej tożsamości wnioskodawcy na zasadach zgodnych z przyjętymi procedurami.

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych dostępna jest w Biuletynie Informacji Publicznej Ośrodka dla Osób Uzależnionych SPZOZ „Nowy Dworek” pod adresem: <https://bip.nowydworek.com>

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy (imię i nazwisko)

VII. Adnotacje dotyczące udostępnienia dokumentacji (wypełnia pracownik Ośrodka).

A. Odmowa udostępnienia (proszę zaznaczyć w przypadku odmowy udostępnienia)

B. Udostępnienie

1. Potwierdzam: (proszę zaznaczyć właściwe)

wydanie dokumentacji medycznej

udostępnienie dokumentacji do wglądu

Koszty sporządzenia dokumentacji medycznej:

.....

.....
(data i czytelny podpis pracownika wydającego/udostępniającego dokumentację)

VIII. Udostępnienie oryginału dokumentacji

1. Potwierdzenie wypożyczenia i zwrotu oryginału dokumentacji:

Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu

.....
(data i czytelny podpis osoby, której wypożyczono oryginał dokumentacji)

Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji:

.....
(data i czytelny podpis pracownika przyjmującego dokumentację)

2. Inne adnotacje:

.....

.....