

ЗАЯВА НА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Дані заявника **Dane wnioskodawcy**

ПІБ: Imię i nazwisko:	PESEL (якщо відсутній, вид та номер документа, що посвідчує особу): PESEL (jeśli brak to rodzaj i numer dokumentu tożsamości):	
	Телефон: (будь ласка, вкажіть, якщо ви бажаєте отримати телефонну інформацію про реалізацію заяви) Telefon: (proszę podać w przypadku chęci otrzymania telefonicznej informacji o realizacji wniosku)	

2. Дані пацієнта (Будь ласка, заповнюйте лише тоді, коли заява подається іншою особою, а не пацієнтом, якого стосується документація) **Dane pacjenta** (Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

ПІБ: Imię i nazwisko:	PESEL (у разі відсутності – вид і номер документа, що посвідчує особу, а у випадку новонародженого – номер PESEL матері) PESEL (jeśli brak to rodzaj i numer dokumentu tożsamości, a w przypadku noworodka – PESEL matki)	
Юридична підстава заявника на отримання документації Tytuł prawny wnioskodawcy do dokumentacji	<input type="checkbox"/> дозвіл пацієнта upoważnienie przez pacjenta <input type="checkbox"/> батько/мати rodzic <input type="checkbox"/> законний опікун opiekun prawny <input type="checkbox"/> куратор kurator <input type="checkbox"/> близька людина osoba bliska	

3. Прошу надати медичну документацію у вигляді **Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:**

- для ознайомлення за місцем надання послуг **do wglądu w miejscu udzielania świadczeń**
- видача електронної копії (скан) **wydanie kopii w wersji elektronicznej (skan dokumentacji)**
- видача паперової копії **wydanie kopii w wersji papierowej**
- інше **inne:**.....

4. Заява стосується документації **Wniosek dotyczy dokumentacji:**

a) Зі стаціонарного лікування (назва стаціонару та дата перебування): **Z leczenia szpitalnego (nazwa szpitala i data pobytu):**

- Повна документація **Pełnej dokumentacji;**
- Частина історії хвороби **Część historii choroby:**

b) Документація про лікування в клініці (назва клініки) **Dokumentacji leczenia w poradni (nazwa poradni):**

- Повна документація **Pełnej dokumentacji;**
- Частина історії здоров'я та хвороби **Część historii zdrowia i choroby:**.....

- c) інше **Inne** Опис рентгенологічного дослідження **Opis badania radiologicznego**
- Компакт-диски рентгенологічного дослідження **Płyty CD z badania radiologicznego**
- CD/DVD-диски з процедури **Płyty CD/DVD z zabiegu**
- Інше: **Inne:**

5.1. Отримання медичної документації в паперовому вигляді: **Odbiór dokumentacji medycznej w wersji papierowej:**

- a) Отримаю за місцем надання послуг **Odbiorę w miejscu udzielania świadczeń:**
- особисто **osobiście** через уповноважену особу **za pośrednictwem osoby upoważnionej:**

Цим я **дозволяю** * отримати виписку/витяг/копію моєї медичної документації:
Niniejszym upoważniam* do odbioru odpisu/wyciągu/kopii mojej dokumentacji medycznej:

Ім'я, Прізвище: Imię, Nazwisko:		PESEL:	
--------------------------------------------------	--	---------------	--

** Будь ласка, заповнюйте лише тоді, коли заявником є пацієнт або законний представник пацієнта, і відзначено отримання через уповноважену особу. *proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wnioskodawcą jest pacjent lub przedstawiciel ustawowy pacjenta oraz zaznaczono odbiór za pośrednictwem osoby upoważnionej.*

- b) Просимо надсилати документацію рекомендованим листом (а у разі надання оригіналу документації - рекомендованим листом з підтвердженням отримання) на адресу: **Dokumentację proszę przesać listem poleconym (a w przypadku udostępniania oryginału dokumentacji - poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru) na adres:**
-

5.2. Отримання медичної документації в електронній версії: **Odbiór dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej:**

- a) просимо надсилати електронною поштою на таку адресу електронної пошти **proszę przesać drogą elektroniczną na adres e-mail:**
-

Якщо вибрати опцію надсилання копії документації електронною поштою, файли будуть захищені паролем. Пароль має містити щонайменше 10 символів, включаючи принаймні один спеціальний символ (не букву чи цифру, наприклад !,?, *) та одну велику літеру. Пароль передається на номер телефону, наданий Заявником, або іншим безпечним способом. **W przypadku zaznaczenia opcji wysyłki kopii dokumentacji pocztą elektroniczną pliki zostaną zabezpieczone hasłem. Hasło musi posiadać co najmniej 10 znaków, w tym przynajmniej jeden znak specjalny (niebędący literą ani cyfrą - np. !,?, *) i jedną dużą literę. Hasło jest przekazywane na podany przez Wnioskodawcę numer telefonu lub w inny bezpieczny sposób.**

Файли будуть стиснуті та захищені паролем, збережені у форматі ZIP. Файли можна прочитати, зокрема, за допомогою безкоштовної програми 7-ZIP (можна завантажити, наприклад, з веб-сайту www.7-zip.org). Щоб відкрити передані файли, вам знадобиться декомпресор ZIP. **Pliki będą kompresowane i zabezpieczone hasłem, zapisane w formacie ZIP. Pliki można odczytać m.in. za pomocą darmowego programu 7-ZIP (do pobrania np. ze strony www.7-zip.org). Posiadanie programu do dekompresji plików obsługującego format ZIP będzie konieczne do otwarcia przesłanych plików.**

Роз'яснення:

1. Правила надання медичної документації регулюються ст. 23-30 Закону про права пацієнта та омбудсмена з прав пацієнтів.
2. Документація буде підготовлена уповноваженим працівником без зайвих зволікань.
3. Видача оригіналу з підтвердженням отримання і з застереженням повернення після використання відбувається на вимогу уповноваженого органу або суб'єкта. Пацієнт не може вимагати видати оригінал медичної документації, а лише її копії, виписки чи витяги, за винятком випадків, визначених Законом про права пацієнта та омбудсмена з прав пацієнта.

4. Документи видаються після підтвердження особи заявника/одержувача посвідченням особи або іншим офіційним документом із фотографією, а в окремих випадках – шляхом постановки перевірочних запитань.
5. Правила оплати за надання медичної документації (або її відсутність) викладені в Організаційному регламенті Scanmed S.A., доступному у пунктах реєстрації.
6. **Неотримана копія документації знищується через 14 днів** з дня повідомлення заявника про можливість її отримання.
7. Документація надається у спосіб, що забезпечує конфіденційність та захист персональних даних.
8. Незважаючи на те, що медичний суб'єкт забезпечує відповідні заходи захисту, надсилання документації рекомендованим листом або електронною поштою передбачає **ризик її пошкодження, знищення або втрати, а також заволодіння неуповноваженою особою в процесі доставки, включаючи передачу файлів.**

Пouczenie:

1. *Zasady udostępniania dokumentacji medycznej regulują art. 23-30 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.*
2. *Dokumentacja zostanie przygotowana przez upoważnionego pracownika bez zbędnej zwłoki.*
3. *Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu następuje na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu. Pacjent nie może żądać wydania oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów, z wyjątkiem sytuacji określonej w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.*
4. *Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy / osoby odbierającej dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem, a także, w określonych przypadkach, poprzez zadanie pytań weryfikacyjnych.*
5. *Zasady odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej (bądź jej braku) są określone w Regulaminie Organizacyjnym Scanmed S.A. dostępnym na stanowiskach rejestracji..*
6. **Nieodebrana kopia dokumentacji jest niszczona po 14 dniach** od daty powiadomienia wnioskodawcy o możliwości jej odbioru.
7. *Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.*
8. *Pomimo zapewnienia przez podmiot leczniczy odpowiednich środków ochrony, wysłanie dokumentacji listem poleconym lub drogą elektroniczną wiąże się z **ryzykiem jej uszkodzenia, zniszczenia lub utraty, a także przejścia przez osobę nieuprawnioną podczas procesu doręczenia, w tym transferu plików.***

(Дата і підпис заявника) **Data i podpis Wnioskodawcy**

Заповнює працівник, який приймає заяву **Wypełnia pracownik przyjmujący wniosek**

Спосіб підтвердження особи заявника *Sposób weryfikacji tożsamości wnioskującego*: документ, що підтверджує особу з фотографією *dokument potwierdzający tożsamość ze zdjęciem*

контрольні запитання: *pytania kontrolne*:

позитивна перевірка *weryfikacja pozytywna* негативна перевірка *weryfikacja negatywna*

.....
Дата приймання заяви і підпис особи, що приймає заяву
Data przyjęcia wniosku i podpis osoby przyjmującej wniosek

Заповнює працівник, який видає медичну документацію **Wypełnia pracownik wydający dokumentację medyczną**

Медична документація була надана відповідно до вищезазначеної заяви: *Udostępniono dokumentację med. zgodnie z powyższym wnioskiem*:

Особисте отримання - на підставі перевірки права на доступ до медичної документації та підтвердження особи одержувача на підставі документа, що підтверджує особу, з фотографією. *Odbiór osobisty - na podstawie weryfikacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej oraz weryfikacji tożsamości osoby odbierającej na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość ze zdjęciem*

позитивна перевірка *weryfikacja pozytywna*

негативна перевірка *weryfikacja negatywna*

Надсилання копії документації електронною поштою/поштою (у разі необхідності підкреслити) на дату
Wyślanie kopii dokumentacji drogą elektroniczną / pocztą (właściwie podkreślić) w dniu

Медична документація не була надана з огляду: *Nie udostępniono dokumentacji medycznej z powodu:*

Підтверджую отримання/надання медичної документації: *Potwierdzam odbiór/udostępnienie dokumentacji medycznej:*

*Дата і розбірливий підпис працівника
 надає документацію*

Data i czytelny podpis pracownika udostępniającego dokumentację

*Дата і розбірливий підпис особи, що
 отримує документацію*

Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację