

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### 1. Dane wnioskodawcy

<b>Imię i nazwisko:</b>		<b>PESEL</b> (jeśli brak to rodzaj i numer dokumentu tożsamości):	
		<b>Telefon:</b> (proszę podać w przypadku chęci otrzymania telefonicznej informacji o realizacji wniosku)	

### 2. Dane pacjenta (Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

<b>Imię i nazwisko:</b>		<b>PESEL</b> (jeśli brak to rodzaj i numer dokumentu tożsamości, a w przypadku noworodka – PESEL matki)	
<b>Tytuł prawny wnioskodawcy do dokumentacji</b>	<input type="checkbox"/> upoważnienie przez pacjenta <input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> kurator <input type="checkbox"/> osoba bliska .....		

### 3. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- do wglądu w miejscu udzielania świadczeń     wydanie kopii w wersji elektronicznej (skan dokumentacji)  
 wydanie kopii w wersji papierowej     inne:.....

### 4. Wniosek dotyczy dokumentacji:

- a)  Z leczenia szpitalnego (nazwa szpitala i data pobytu): .....  
      Pełnej dokumentacji;  Część historii choroby: .....  
 b)  Dokumentacji leczenia w poradni (nazwa poradni): .....  
      Pełnej dokumentacji;  Część historii zdrowia i choroby: .....  
 c) Inne:  Opis badania radiologicznego     Płyty CD z badania radiologicznego  
      Płyty CD/DVD z zabiegu     Inne: .....

### 5.1. Odbiór dokumentacji medycznej w wersji papierowej:

- a)  Odbiorę w miejscu udzielania świadczeń:     osobiście     za pośrednictwem osoby upoważnionej:

Niniejszym **upoważniam\*** do odbioru odpisu/wyciągu/kopii mojej dokumentacji medycznej:

<b>Imię, Nazwisko:</b>		<b>PESEL:</b>	
------------------------	--	---------------	--

*\*proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wnioskodawcą jest pacjent lub przedstawiciel ustawowy pacjenta oraz zaznaczono odbiór za pośrednictwem osoby upoważnionej.*

- b)  Dokumentację proszę przesłać listem poleconym (a w przypadku udostępniania oryginału dokumentacji - poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru) na adres:
- .....

### 5.2. Odbiór dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej:

- a)  proszę przesłać drogą elektroniczną na adres e-mail:.....

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.

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](http://www.7-zip.org)). Posiadanie programu do dekompresji plików obsługującego format ZIP będzie konieczne do otwarcia przesłanych plików.

**Pouczenie:**

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 niszczone 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 przejęcia przez osobę nieuprawnioną podczas procesu doręczania, w tym transferu plików.**

Data i podpis Wnioskodawcy

Wypełnia **pracownik przyjmujący wniosek**

Sposób weryfikacji tożsamości wnioskującego:  dokument potwierdzający tożsamość ze zdjęciem

pytania kontrolne: .....

.....

.....

weryfikacja pozytywna  weryfikacja negatywna

.....  
Data przyjęcia wniosku i podpis osoby przyjmującej wniosek

Wypełnia **pracownik wydający dokumentację medyczną**

Udostępniono dokumentację med. zgodnie z powyższym wnioskiem:

Odbiór osobisty - na podstawie weryfikacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej oraz weryfikacji tożsamości osoby odbierającej na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość ze zdjęciem

weryfikacja pozytywna  weryfikacja negatywna

Wysłanie kopii dokumentacji drogą elektroniczną / pocztą (właściwe podkreślić) w dniu .....

Nie udostępniono dokumentacji medycznej z powodu:

.....  
.....

Potwierdzam odbiór/udostępnienie dokumentacji medycznej:

[Empty box for signature and date of the employee providing the documentation]

*Data i czytelny podpis pracownika  
udostępniającego dokumentację*

[Empty box for signature and date of the person receiving the documentation]

*Data i czytelny podpis osoby  
odbierającej dokumentację*