



W N I O S E K

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE PACJENTA

Nazwisko

Imię PESEL

Adres
ulica, nr domu, kod, miejscowość

Telefon

Zwracam się z prośbą do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie o:

(wpisać: sporządzenie i wydanie wyciągu lub sporządzenie i wydanie odpisu lub sporządzenie i wydanie kopii lub udostępnienie do wglądu)

dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych SPZOZ Międzychód, a dotyczącej:

- mnie
 osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym
 posiadam upoważnienie od pacjenta *(w załączeniu)*

2. DANE WNIOSKODAWCY *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia):*

Nazwisko

Imię PESEL

Adres
ulica, nr domu, kod, miejscowość

Telefon

3. Proszę określić jaka dokumentacja ma zostać wydana – jaki oddział, termin hospitalizacji, poradnia specjalistyczna (jaki specjalista), data wizyty, nazwa badania, data badania itd.

.....
.....
.....

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej oraz zostałem/-am poinformowany/-a o wysokości opłaty za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii.

W przypadku nie odebrania wnioskowanej dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej sporządzenia oraz kosztów przesyłki listem poleconym. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

Oświadczam, iż udostępniana dokumentacja medyczna, o którą wnioskuję potrzebna jest mi w celu profilaktyki, zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

TERMIN ODBIORU/WGLĄDU DO* WNISKOWANEJ DOKUMENTACJI:

.....
data, pieczętka lub czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

AKCEPTACJA DYREKTORA (lub osoby upoważnionej)

.....
data, pieczętka i podpis

WYDANO: (wypełnić w przypadku sporządzenia wyciągu, odpisu lub kopii)

Stron	Należność	Nr faktury	Potwierdzenie zapłaty
..... Data, pieczętka, podpis Data, pieczętka, podpis Data, pieczętka, podpis Data, pieczętka, podpis

POTWIERDZENIE ODBIORU/WGLĄDU DO* WNISKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/-a legitymujący/-a się dowodem osobistym seria nr

wydanym dnia przez.....

potwierdzam odbiór/wgląd do* wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

Potwierdzam zgodność podanych danych osoby odbierającej dokumentację z dowodem osobistym.

.....
data, pieczętka lub czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

* niepotrzebne skreślić

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej:

Na podstawie przepisów Ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 836 z późniejszymi zmianami) ustala się następujący porządek udostępniania dokumentacji medycznej:

- 1) Dokumentacja medyczna pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie jest udostępniana na pisemny wniosek dostępny w: Rejestracji do Poradni Specjalistycznych, Rejestracji do Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Poradni Ginekologiczno-Położniczej, Sieraków, ul. Wroniecka 26 - pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
- 2) Dokumentacja medyczna jest udostępniana w ciągu 10 dni roboczych od złożenia wniosku poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu lub kopii.
- 3) Kserokopie dokumentacji medycznej wydawane są codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 12.00-14.00 : w Międzychodzie w punkcie rejestracji POZ.
- 4) Za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest opłata w wysokości określonej przez art.28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
 - a. jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002,
 - b. jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007,

- przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej, „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 887, z późn. zm. 35)), począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.