



Załącznik nr 1 do procedury Udostępniania dokumentacji medycznej; Wydanie nr 10 z dnia 20.07.2022

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE PACJENTA

Nazwisko

Imię PESEL

Adres
ulica, nr domu, kod, miejscowość

Telefon E-mail.....

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 sporządzenie i wydanie wydruku, lub przesłanie elektronicznej dokumentacji medycznej, udostępnienie do wglądu w tym do baz danych w zakresie ochrony zdrowia)

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

- mnie
- osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym
- posiadam upoważnienie od pacjenta (w załączeniu) /jestem upoważniony przez pacjenta (w indywidualnej dokumentacji medycznej)
- osoby, której jestem bliskim (po śmierci pacjenta)

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

Nazwisko

Imię PESEL

Adres
ulica, nr domu, kod, miejscowość

Telefon E-mail.....

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

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

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

.....
miejscowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

TERMIN ODBIORU/WGLĄDU DO* WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI:

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

AKCEPTACJA DYREKTORA (lub osoby upoważnionej)

.....
data, pieczętka i podpis

WYDANO: (wypełnić w przypadku sporządzenia wyciągu, wydruku, odpisu lub kopii- nie obowiązuje w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej po raz pierwszy)

Stron	Należność	Nr faktury	Potwierdzenie zapłaty
<i>Data, pieczętka, podpis</i>	<i>Data, pieczętka, podpis</i>	<i>Data, pieczętka, podpis</i>	<i>Data, pieczętka, podpis</i>

POTWIERDZENIE ODBIORU/WGLĄDU DO* WNIOSKOWANEJ 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 oraz Ustawy z dnia 08 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym 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 7 dni roboczych od złożenia wniosku poprzez wgląd lub sporządzenie jej wyciągu, odpisu lub kopii.
- 3) Odpisy, wyciągi, kserokopie, wydruki dokumentacji medycznej wydawane są codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach pracy poszczególnych Rejestracji w SPZOZ Międzychód.
- 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,
 - c. na elektronicznym nośniku danych- nie może przekroczyć 0,0004.

- 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, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

- 5) Opłat nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej: pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie w sposób: wyciągu, kopi-skany, wydruku, odpisu lub na nośniku elektronicznym; komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
- 6) Osoba składająca wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej jej dotyczącej z zakresu działań Zespołów Ratownictwa Medycznego obowiązana jest do podania informacji o okolicznościach zdarzenia, którego to udostępnienie dotyczy, w tym daty i miejsca zdarzenia oraz numeru telefonu, z którego zostało wykonane połączenie dotyczące powiadomienia o zdarzeniu. Informacje należy podać w pkt. 3 niniejszego Wniosku.