ZZOZ WADOWICE

Nr……..…..

……..……
pieczątka jednostki/komórki organizacyjnej

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KSEROKOPII/ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych zamieszczona jest na stronie internetowej https://zzozwadowice.pl/ochrona-danych-osobowych/

CZĘŚĆ I. ZŁOŻENIE WNIOSKU

Data złożenia wniosku: ……

☐ Wniosek złożony osobiście ☐ Wniosek przyjęty telefonicznie ☐ Wniosek przyjęty ustnie ☐ Inna…….

OSOBA WYSTĘPUJĄCA Z WNIOSKIEM (proszę zaznaczyć „x" we właściwej rubryce)

- ☐ PACJENT
- ☐ OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ PACJENTA
- ☐ PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY PACJENTA
- ☐ OSOBA BLISKA - UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ŚMIERCI PACJENTA

  Oświadczam, że udostępnieniu dokumentacji medycznej nie sprzeciwia się inna osoba bliska, ani nie sprzeciwiał się temu pacjent za życia.

DANE PACJENTA	**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ PRZEZ PACJENTA**
Imię i nazwisko: ……..……	Imię i nazwisko: ……..……
PESEL: ……..……..	Seria i numer dokumentu tożsamości:……
Seria i nr dokumentu tożsamości……...	Nr telefonu kontaktowego:……..…
Adres zamieszkania:……..……..	Stopień pokrewieństwa (wypełnić w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej po śmierci Pacjenta): …….….
……..……	
Nr telefonu kontaktowego……..…….	

WNOSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ : (proszę zaznaczyć „x" we właściwej rubryce)

☐ **Kopia** ☐ **Do wglądu** ☐ **Poprzez wypożyczenie oryginału** ☐ **Inna** …….

W przypadku wypożyczenia oryginału dokumentacji zobowiązuję się do jej zwrotu:…….

W ZAKRESIE: (proszę podać nazwę oddziału/poradni, datę hospitalizacji od-do /datę wizyty): ……..
…….

WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ ODBIORĘ: (proszę zaznaczyć „x" we właściwej rubryce)

☐ **odbiorę osobiście**

☐ **odbierze osoba upoważniona**

Imię i nazwisko osoby upoważnionej……

Seria i nr dokumentu tożsamości……..…….

☐ **inna forma:** (proszę wskazać formę udostępnienia) ……..
(przesyłką poleconą na adres/w formie elektronicznej na adres e-mail)

……
Czytelny podpis pracownika ZZOZ w Wadowicach przyjmującego wniosek

……
Czytelny podpis wnioskodawcy

ZZOZ WADOWICE

CZĘŚĆ II. DECYZJA W SPRAWIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI (wypełnia Dyrektor ZZOZ w Wadowicach lub jego Zastępca)

☐ zgoda Dyrektora ZZOZ w Wadowicach lub jego Zastępcy

☐ odmowa wydania dokumentacji: przyczyna odmowy……

…… Data wydania decyzji

…… Pieczątka i podpis Dyrektora ZZOZ w Wadowicach lub jego Zastępcy

CZĘŚĆ III. WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI - *(wypełnia pracownik przy wydaniu przygotowanej dokumentacji)

☐ **odbiór osobisty** ☐ **do wglądu w siedzibie ZZOZ w Wadowicach**

Data wydania dokumentu.....Imię i nazwisko osoby odbierającej ……..……..

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację stwierdzono na podstawie……..…….

(podać nazwę dokumentu tożsamości, numer i serię)

…… Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

…… Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

☐ **wysyłka listem poleconym/ za potwierdzeniem odbioru** ……..…….....……

☐ **na wskazany adres poczty elektronicznej** (nie dotyczy oryginału) ……..…….

CZĘŚĆ IV. WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI - *(wypełnia pracownik przy wydaniu przygotowanej dokumentacji)

☐ **odbiór osobisty** ☐ **do wglądu w siedzibie ZZOZ w Wadowicach**

Data wydania dokumentu.....Imię i nazwisko osoby odbierającej ……..……..

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację stwierdzono na podstawie……..…….

(podać nazwę dokumentu tożsamości, numer i serię)

…… Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

…… Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

☐ **wysyłka listem za potwierdzeniem odbioru/ do rąk własnych** .....……

Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji dnia ……..

…… Czytelny podpis pracownika przyjmującego oryginał dokumentacji

…… Czytelny podpis osoby oddającej oryginał dokumentacji

Objaśnienia:

1. Opłaty za wykonanie dokumentacji medycznej pobierane są na podstawie art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2022.1876.t.j.). Nie pobiera się opłaty w przypadku udostępnienia kopii dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej.
2. Po śmierci pacjenta dokumentacja jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.
3. Dokumentacja medyczna stosownie do złożonego wniosku o udostępnienie (ustnego/pisemnego/elektronicznego) może zostać przesłana listem poleconym na wskazany we wniosku adres, pod warunkiem wcześniejszej weryfikacji tożsamości osoby składającej wniosek. Oryginał dokumentacji przesyłany jest przesyłką za potwierdzeniem odbioru. W razie braku możliwości weryfikacji tożsamości osoby składającej wniosek, dokumentacja medyczna przesyłana jest wyłącznie na adres pacjenta wskazany w wytworzonej przez ZZOZ w Wadowicach dokumentacji medycznej, jako przesyłka polecona z adnotacją „do rąk własnych", oryginał przesyłany jest przesyłką za potwierdzeniem odbioru z adnotacją „do rąk własnych".
4. Kopia dokumentacji medycznej, stosownie do złożonego wniosku o udostępnienie może zostać przesłana na wskazany adres poczty elektronicznej wyłącznie po wcześniejszej weryfikacji tożsamości osoby składającej wniosek. Weryfikacja tożsamości pacjenta lub osoby upoważnionej oraz adresu e-mail odbywa się przy osobistym złożeniu wniosku. Dokumentacja medyczna w formie elektronicznej przesłana jest w zaszyfrowanym pliku. Hasło dostępu do tego pliku zostanie przekazane odbiorcy dokumentacji innym kanałem informacyjnym.
5. Pola w kolorze szarym wypełnia ZZOZ w Wadowicach.