**F-301-005-001, edycja 2**

Załącznik do regulaminu udostępniania dokumentacji medycznej w Centrum Onkologii – Instytutu

im. Marii Skłodowskiej-Curie

**WNIOSEK o udostępnienie dokumentacji medycznej**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I. WYPEŁNIA PACJENT / PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY / OSOBA UPOWAŻNIONA** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość i data

**Dyrektor**

**Centrum Onkologii – Instytutu**

**im. Marii Skłodowskiej – Curie**

**Oddział w Gliwicach**

**ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15**

**44-101 Gliwice**

Osoba występująca z wnioskiem (właściwe zakreślić):

€ Pacjent

€ Przedstawiciel ustawowy pacjenta

€ Osoba upoważniona przez pacjenta

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane pacjenta:**  Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nr tel. kontaktowego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Dane przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta występującej z wnioskiem:**  Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nr tel. kontaktowego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej z leczenia w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej - Curie, Oddział w Gliwicach:

ZA OKRES:

€ całość leczenia

€ podać termin/od - do: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W FORMIE

€ do wglądu w siedzibie Instytutu

€ poprzez sporządzenie:

€ odpisu € kopii € wyciągu € wydruku

€ wydanie oryginału

ODBIÓR:

€ osobisty

€ przesłanie na adres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zgadzam się na uiszczenie opłaty za udostępnienie dokumentacji , a także na pokrycie kosztów przesyłki.

Podpis wnioskodawcy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objaśnienia:**

1. **wyciąg** - skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej;
2. **odpis** - dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem;
3. **kopia** - dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu);
4. **wydruk** - [odbitka](https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Odbitka&action=edit&redlink=1) uzyskana na [komputerowym](https://pl.wikipedia.org/wiki/Komputer) [urządzeniu wyjściowym](https://pl.wikipedia.org/wiki/Urz%C4%85dzenie_wej%C5%9Bcia-wyj%C5%9Bcia) typu [drukarka](https://pl.wikipedia.org/wiki/Drukarka) lub [ploter](https://pl.wikipedia.org/wiki/Ploter), lub też pochodząca z [faksu](https://pl.wikipedia.org/wiki/Telefaks);
5. **informatyczny nośnik danych** - urządzenie służące do zapisywania, przechowywania i odczytywania danych w postaci cyfrowej (np. płyta CD, DVD, pamięć USB).

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ II. WYPEŁNIA INSTYTUT** |
| 1. ***Weryfikacja wniosku oraz dokumentacji medycznej***   data i podpis osoby dokonującej sprawdzenia dokumentacji medycznej |
| 1. ***Wydanie dokumentacji medycznej*** 2. Data wydania przygotowanej dokumentacji medycznej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Dane osoby odbierającej dokumentacje medyczną stwierdzono na podstawie  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Imię Nazwisko (numer dokumentu tożsamości)  □ upoważnienie w załączeniu   1. Pobrano opłatę w wysokości ........................................................ zł., z dnia ....................................   Wystawiono paragon/fakturę nr ...........................................................z dnia ....................................  Wysłano listem poleconym nr nadawczy .......................................... z dnia ....................................  Pracownik wydający dokumentacje medyczną: ……………………..……………………………………………………………  data i czytelny podpis pracownika Rejestracji  Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej: …………………………………………………………………………………  data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację |

**POUCZENIE**

1. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną: pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu, lub osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie oraz upoważnionym organom.
2. Po śmierci pacjenta, prawo dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w formie:
   1. wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego w obecności pracownika udostępniającego dokumentację i w uzgodnionym terminie;
   2. sporządzenia jej wyciągów, odpisów, wydruków lub kopii *(czyt. objaśnienia u dołu strony 1)*
   3. wydania dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych,
   4. wydania oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów.
4. Udostępnianie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
5. Wprzypadku braku spełnienia wymogów do wydania dokumentacji medycznej uzasadniona odmowa wydania dokumentacji wydawana jest w formie pisemnej
6. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w upoważnieniu dołączonym do dokumentacji medycznej.
7. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem oraz dowodem zapłaty.
8. Dokumentacja udostępniana jest niezwłocznie, zgodnie z możliwościami organizacyjnymi Instytutu, nie później jednak niż w ciągu   
   **7 dni roboczych** od daty złożenia wniosku.
9. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej wynoszą:

* jedna strona wyciągu, odpisu – 8,44 zł
* jedna strona kopii, wydruku - 0,30 zł
* na informatycznym nośniku danych – 1,69 zł
* wgląd na miejscu - bezpłatny

1. Wnioskodawca uiszcza opłatę za jej udostępnienie oraz pokrywa koszt usługi pocztowej za zaliczeniem pocztowym przy odbiorze przesyłki (przesyłka pobraniowa) zgodnie z obowiązującym cennikiem operatora
2. W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów sporządzonej kopii na podstawie wystawionej faktury bez podpisu.