

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ<sup>1</sup>

A. Wypełnia pacjent (proszę pisać czytelnie lub drukowanymi literami)

Informacje nt. pacjenta, którego dotyczy dokumentacja					
Imię i nazwisko					
Data urodzenia					
Informacje nt. wnioskodawcy					
Imię i nazwisko					
Data urodzenia					
Status wnioskodawcy (proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej)					
<input type="checkbox"/>	pacjent	<input type="checkbox"/>	przedstawiciel ustawy (rodzic lub prawny opiekun)		
<input type="checkbox"/>	osoba upoważniona	<input type="checkbox"/>	osoba bliska		
Informacje nt. dokumentacji					
Komórka organizacyjna, której dotyczy dokumentacja					
<i>Np. Wyniki badań diagnostycznych, karta informacyjna leczenia szpitalnego - Szpital, opis wizyt lekarskich ambulatoryjnych – Przychodnia</i>					
Zakres żądanej dokumentacji					
<i>Np. wskazanie dat realizacji świadczenia lub problemu zdrowotnego, którego dotyczy dokumentacja</i>					
Forma udostępnienia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej)					
<input type="checkbox"/>	wgląd do dokumentacji	<input type="checkbox"/>	wyciąg z dokumentacji		
<input type="checkbox"/>	kserokopia dokumentacji	<input type="checkbox"/>	odpis dokumentacji		
<input type="checkbox"/>	udostępnienie środkami komunikacji elektronicznej	<input type="checkbox"/>	udostępnienie na informatycznym nośniku danych		
<input type="checkbox"/>	wydruk z systemu informatycznego				
Forma odbioru (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)					
<input type="checkbox"/>	osobiście	<input type="checkbox"/>	e-mailem	<input type="checkbox"/>	listem poleconym
Adres do wysyłki (jeśli powyżej wybrano odpowiednią formę odbioru)					
Inne uwagi					

(podpis wnioskodawcy lub osoby przyjmującej wniosek)

<sup>1</sup> Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej jest procedowany przez Szpital św. Elżbiety - Mokotowskie Centrum Medyczne sp. z o.o. niezależnie od formy, w jakiej jest składany (ustna, pisemna na wzorze podmiotu wykonującego działalność leczniczą, pisemna na innym wzorze itd.).

B. Wypełnia personel Szpitala św. Elżbiety (proszę pisać czytelnie lub drukowanymi literami)

<b>Data wpływu wniosku</b>	
<b>Forma wniosku</b>	<input type="checkbox"/> ustna, <input type="checkbox"/> pisemna, <input type="checkbox"/> elektroniczna.

<b>Działania związane z procedowaniem wniosku (proszę zaznaczyć odpowiednie pola)</b>	
<input type="checkbox"/>	Ustalono, czy istnieje dokumentacja we wskazanym we wniosku zakresie
<input type="checkbox"/>	Zweryfikowano tożsamość wnioskodawcy
<input type="checkbox"/>	Zweryfikowano uprawnienia wnioskodawcy co do otrzymania dokumentacji medycznej
<input type="checkbox"/>	Ustalono, czy dokumentacja może być wydawana w formie wskazanej we wniosku

Na podstawie powyższych informacji podjęto decyzję o (proszę zaznaczyć odpowiednio)

**realizacji wniosku / odmowie realizacji wniosku**

W przypadku odmowy realizacji należy wskazać jej przyczynę pacjentowi (elektronicznie lub na piśmie).

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko osoby rozpatrującej wniosek)

<b>Działania związane z realizacją wniosku</b>	
<b>Liczba stron (jeśli dotyczy)</b>	
<b>Liczba i rodzaj informatycznych nośników danych (jeśli dotyczy)</b>	
<b>Wysokość opłaty za wydanie dokumentacji medycznej</b>	
<b>Sposób pobrania opłaty za dokumentację medyczną (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</b>	
<input type="checkbox"/>	Odstąpiono od pobrania opłaty
<input type="checkbox"/>	Przelew bankowy
<input type="checkbox"/>	Gotówka
<b>Ewidencja wydawanej dokumentacji medycznej</b>	
<input type="checkbox"/>	Informacja o wydanej dokumentacji medycznej została odnotowana w wykazie
<b>Inne uwagi dotyczące realizacji wniosku</b>	

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko osoby rozpatrującej wniosek)