



POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o.

05-400 Otwock; ul. Batorego 44

tel. centrala 22 778 26 00; faks. 22 779 09 90; e-mail: sekretariat@pcz-otwock.pl

Nr wniosku/.....

Wypełnia pracownik Szpitala

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

1. Osoba występująca z wnioskiem

- pacjent, którego dokumentacja dotyczy przedstawiciel ustawy/opiekun prawny pacjenta
 osoba upoważniona przez pacjenta osoba bliska pacjenta, tj.
 inne, tj.

2. Wnioskodawca

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

Inne dane umożliwiające identyfikację (np. data urodzenia, imiona rodziców, dokument tożsamości)

.....

Nr tel. kontaktowego

Dane osoby występującej z wnioskiem:

(należy wypełnić wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

.....

Nr tel. kontaktowego

3. Szczegóły dokumentacji medycznej

1) miejsce oraz czas udzielania świadczeń zdrowotnych:

nazwa jednostki/komórki organizacyjnej Szpitala (nazwa oddziału, zakładu, przychodni)

termin udzielania świadczeń zdrowotnych: od dnia do dnia

2) rodzaj dokumentacji:

historia choroby karta informacyjna płyta CD z badaniem RTG/TK/MR

Inna dokumentacja medyczna:

3) tryb/forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

wgląd do oryginału w Archiwum Szpitala wyciąg odpis kopia (za zgodność z oryginałem) wydruk (dotyczy tylko karty informacyjnej z leczenia szpitalnego) na informatycznym nośniku danych (płyta CD) inne

4) sposób odbioru:

odbiór osobisty – płatność przy odbiorze przesyłką na adres

..... – przesyłka za pobraniem, ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru, z adnotacją do rąk własnych.

5. Oświadczenia

1) Oświadczam, że akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego. Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1127, z późn. zm.).

2) Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

3) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez pracownika podmiotu leczniczego o wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....
(data złożenia wniosku i podpis osoby przyjmującej)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

6. Dodatkowe informacje

Czy wnioskowana dokumentacja jest udostępniana po raz pierwszy w żądanym zakresie?

TAK

NIE

Czy wnioskowana dokumentacja ma być wykorzystana w sprawach przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych?

TAK

NIE

POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o. w restrukturyzacji z siedzibą w Otwocku

ul. Batorego 44, 05-400 Otwock, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIV Wydział

Gospodarczy KRS0000439686, Kapitał Zakładowy 24.919.400,00 zł, NIP 5322044744,

REGON 146378640

Część wniosku do wypełnienia przez pracownika Archiwum Szpitala

1. Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej

zgoda na udostępnienie

odmowa udostępnienia z powodu:

.....
(data i podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji)

2. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

Potwierdzenie udostępnienie dokumentacji medycznej Pani/Panu:

.....
(imię i nazwisko)

**Potwierdzam wydanie dokumentacji
Medycznej*:**

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

**Potwierdzam odbiór dokumentacji
medycznej*:**

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

*** jeśli dotyczy – należy uzupełnić w przypadku, gdy dokumentacja nie jest wysyłana.**

- 1) liczba udostępnionych stron.....
2) liczba płyt CD.....
3) wniesiono opłatę w wysokości
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 4) dokumentacja poświadczona za zgodność z oryginałem | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
|---|------------------------------|------------------------------|

- 1) Dokumentację medyczną wysłano w dniu**
- 2) Odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej wysłano w dniu**

.....
(data i podpis osoby wysyłającej)

*** jeśli dotyczy – należy uzupełnić w przypadku, gdy dokumentacja jest wysyłana.**