WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NR _____

Numeracja zgodnie z I01/org: kolejny numer / oznaczenie miejsca (P, GN, GD, S, L) / rok.

A. Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko / nazwa podmiotu lub organu:

_____

_____

PESEL / data urodzenia / NIP lub REGON:

_____

_____

Adres do korespondencji albo adres siedziby:

_____

_____

Telefon / e-mail do kontaktu:

_____

_____

Status wnioskodawcy:

[ ] pacjent
[ ] przedstawiciel ustawowy
[ ] osoba upoważniona przez pacjenta
[ ] osoba bliska po śmierci pacjenta
[ ] organ / instytucja / inny podmiot uprawniony

Podstawa uprawnienia, jeżeli wnioskodawcą nie jest pacjent:

_____

Do wniosku dołączono / okazano:

[ ] upoważnienie
[ ] orzeczenie sądu / dokument przedstawiciela ustawowego
[ ] dokument potwierdzający status osoby bliskiej
[ ] podstawę prawną żądania organu / podmiotu
[ ] inne: _____

B. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

Imię i nazwisko pacjenta:

_____

_____

PESEL pacjenta / data urodzenia, jeżeli brak PESEL:

_____

_____

Adres lub inne dane pomocnicze do identyfikacji pacjenta:

_____

_____

Numer dokumentacji / numer księgi / inne oznaczenie, jeżeli znane:

_____

_____

C. Zakres żądanej dokumentacji

[ ] całość dokumentacji z danego okresu
[ ] wskazana część dokumentacji
[ ] wyniki badań
[ ] historia choroby / porady
[ ] zaświadczenie o odbytych zabiegach rehabilitacyjnych
[ ] inne: _____

Komórka organizacyjna / poradnia / pracownia: _____

_____

Okres leczenia albo daty dokumentacji: _____

Dodatkowy opis zakresu, jeżeli potrzebny: _____

_____

D. Żądana forma i sposób udostępnienia

Forma:
[ ] wgląd na miejscu
[ ] kopia / wydruk
[ ] odpis
[ ] wyciąg
[ ] odwzorowanie cyfrowe (skan)
[ ] informatyczny nośnik danych
[ ] oryginał*

Sposób przekazania:
[ ] odbiór osobisty
[ ] odbiór przez osobę upoważnioną
[ ] przesyłka pocztowa
[ ] ePUAP
[ ] e-Doręczenia
[ ] inny bezpieczny kanał elektroniczny:

_____

_____

Adres do wysyłki / identyfikator ePUAP / adres do e-Doręczeń / uzgodniony kanał przekazania:

_____

* Oryginał dokumentacji wydaje się wyłącznie w przypadkach przewidzianych w art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy oraz w procedurze I01/org, za pokwitowaniem i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

E. Oświadczenia wnioskodawcy

1. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do uzyskania dokumentacji medycznej w zakresie objętym niniejszym wnioskiem.
2. Przyjmuję do wiadomości, że udostępnienie dokumentacji następuje bez zbędnej zwłoki, zgodnie z procedurą I01/org, po ustaleniu tożsamości i uprawnienia wnioskodawcy.
3. Przyjmuję do wiadomości, że opłata może zostać naliczona wyłącznie w przypadkach dopuszczonych przez art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz zgodnie z aktualnym cennikiem PCM. Opłaty nie pobiera się w przypadkach ustawowo zwolnionych, w szczególności przy pierwszym udostępnieniu dokumentacji pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu w żądanym zakresie i formie.
4. W przypadku wyboru przekazania elektronicznego przyjmuję do wiadomości, że dokumentacja zostanie przekazana w sposób zapewniający poufność, integralność i dostęp wyłącznie dla uprawnionego odbiorcy.

miejscowość i data	czytelny podpis wnioskodawcy

F. Adnotacje PCM - przyjęcie i weryfikacja wniosku

Wniosek przyjęto:

[ ] osobiście

[ ] pocztą

[ ] e-mail

[ ] ePUAP

[ ] e-Doręczenia

[ ] innym kanałem: _____

Data wpływu: _____

Tożsamość wnioskodawcy / odbiorcy:

[ ] zweryfikowano na podstawie dokumentu ze zdjęciem

[ ] zweryfikowano elektronicznie

[ ] nie dotyczy / wniosek organu

Uprawnienie wnioskodawcy:

[ ] potwierdzono

[ ] wymaga uzupełnienia

[ ] przekazano do IOD / Zarządu do opinii lub rozstrzygnięcia

Imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej wniosek:

_____

Uwagi / wezwanie do uzupełnienia / dekretacja:

_____

G. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji

Data udostępnienia: Forma udostępnienia:

_____ _____

_____ _____

Zakres udostępnionej dokumentacji / liczba stron / nośnik:

_____

Odbiorca dokumentacji:

_____

Opłata:

[ ] nie pobrano - podstawa: _____

[ ] pobrano kwotę: _____ zł, nr paragonu/faktury: _____

Oryginał dokumentacji:
[ ] nie dotyczy
[ ] wydano za pokwitowaniem
[ ] zwrócono w dniu: _____

_____ _____

data i czytelny podpis osoby udostępniającej data i czytelny podpis osoby odbierającej

Informacja organizacyjna
Wniosek i potwierdzenie udostępnienia podlegają odnotowaniu w Rejestrze udostępnień dokumentacji medycznej prowadzonym zgodnie z I01/org.

Nie należy kopiować dokumentu tożsamości, chyba że obowiązek taki wynika z odrębnego przepisu albo z udokumentowanej decyzji osoby upoważnionej po konsultacji z IOD.

Administratorem danych osobowych jest Puckie Centrum Medyczne sp. z o.o. sp. k.; dane są przetwarzane w celu realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rozliczalności udostępnienia oraz archiwizacji dokumentacji sprawy.