



Załącznik nr 1 do procedury Udostępniania dokumentacji medycznej; Wydanie nr 9 z dnia 15.01.2020

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### 1. DANE PACJENTA

Nazwisko .....

Imię ..... PESEL .....

Adres .....  
*ulica, nr domu, kod, miejscowość*

Telefon .....

Zwracam się z prośbą do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzychódzie o:

*(wpisać: sporządzenie i wydanie wyciągu lub sporządzenie i wydanie odpisu lub sporządzenie i wydanie kopii lub udostępnienie do wglądu)*

dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych SPZOZ Międzychód, a dotyczącej:

- mnie
- osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym
- posiadam upoważnienie od pacjenta ( w załączeniu ) /jestem upoważniony przez pacjenta ( w indywidualnej dokumentacji medycznej )
- osoby, której jestem bliskim ( po śmierci pacjenta )

2. DANE WNIOSKODAWCY *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta, osoba bliska lub z upoważnienia):*

Nazwisko .....

Imię ..... PESEL .....

Adres .....  
*ulica, nr domu, kod, miejscowość*

Telefon .....

3. Proszę określić jaka dokumentacja ma zostać wydana – jaki oddział, termin hospitalizacji, poradnia specjalistyczna (jaki specjalista), data wizyty, nazwa badania, data badania, Zespoły Ratownictwa Medycznego, itd.

.....  
.....  
.....  
.....

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej oraz zostałem/-am poinformowany/-a o wysokości opłaty za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii.  
W przypadku nie odebrania wnioskowanej dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej sporządzenia oraz kosztów przesyłki listem poleconym. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

.....  
*miejscowość, data*

.....  
*podpis Wnioskodawcy*

Oświadczam, iż udostępniana dokumentacja medyczna, o którą wnioskuję potrzebna jest mi w celu profilaktyki, zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia oraz w celu postępowań odszkodowawczych.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis Wnioskodawcy

TERMIN ODBIORU/WGLĄDU DO\* WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI: .....

.....  
data, pieczęć lub czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

**AKCEPTACJA DYREKTORA (lub osoby upoważnionej)**

.....  
data, pieczęć i podpis

**WYDANO:** (wypełnić w przypadku sporządzenia wyciągu, odpisu lub kopii- nie obowiązuje w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej po raz pierwszy )

Stron	Należność	Nr faktury	Potwierdzenie zapłaty
<i>Data, pieczęć, podpis</i>	<i>Data, pieczęć, podpis</i>	<i>Data, pieczęć, podpis</i>	<i>Data, pieczęć, podpis</i>

**POTWIERDZENIE ODBIORU/WGLĄDU DO\* WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany/-a legitymujący/-a się dowodem osobistym seria ..... nr .....

wydanym dnia ..... przez.....

potwierdzam odbiór/wgląd do\* wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....  
data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

Potwierdzam zgodność podanych danych osoby odbierającej dokumentację z dowodem osobistym.

.....  
data, pieczęć lub czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

\* niepotrzebne skreślić

**Zasady udostępniania dokumentacji medycznej:**

Na podstawie przepisów Ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Ustawy z dnia 08 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym ustala się następujący porządek udostępniania dokumentacji medycznej:

- 1) Dokumentacja medyczna pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie jest udostępniana na pisemny wniosek dostępny w: Rejestracji do Poradni Specjalistycznych, Rejestracji do Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Poradni Ginekologiczno-Położniczej, Sieraków, ul. Wroniecka 26 - pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
- 2) Dokumentacja medyczna jest udostępniana w ciągu 7 dni roboczych od złożenia wniosku poprzez wgląd lub sporządzenie jej wyciągu, odpisu lub kopii.
- 3) Odpisy, wyciągi, kserokopie dokumentacji medycznej wydawane są codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach pracy poszczególnych Rejestracji w SPZOZ Międzychód.
- 4) Za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest opłata w wysokości określonej przez art.28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
  - a. jedną stroną wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002,
  - b. jedną stroną kopii albo wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007,
  - c. na elektronicznym nośniku danych- nie może przekroczyć 0,0004.

- przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej, Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

- 5) Opłat nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej: pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie w sposób: wyciągu, kopi-skanu, wydruku, odpisu lub na nośniku elektronicznym; komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
- 6) Osoba składająca wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej jej dotyczącej z zakresu działań Zespołów Ratownictwa Medycznego obowiązana jest do podania informacji o okolicznościach zdarzenia, którego to udostępnienie dotyczy, w tym daty i miejsca zdarzenia oraz numeru telefonu, z którego zostało wykonane połączenie dotyczące powiadomienia o zdarzeniu. Informacje należy podać w pkt. 3 niniejszego Wniosku.