



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Kędzierzynie-Koźlu
ul. 24 kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ (wypełniać literami drukowanymi)

Imię i Nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania - miasto: ul.: nr:

Kod pocztowy: poczta: woj.:

Telefon kontaktowy: e-mail:

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA (wypełnić w przypadku, gdy inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: PESEL

PROSZĘ O SPORZĄDZENIE I WYDANIE (właściwie zaznaczyć):

kopii dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu)

udostępnienie dokumentacji w innej formie (np. do wglądu, wyciąg, odpis)
z leczenia w Oddziale / Poradni.....
.....

Oddział :

karta informacyjna

inny dokument dotyczący udzielonego świadczenia -(podać rodzaj dokumentu)

Poradnia:

historia wizyty leczenia ambulatoryjnego

za okres od: do

wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na ww. adres za zaliczeniem pocztowym

wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście

upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana:

....., dowód osobisty nr:

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego. Dokumentacja zostanie przesłana drogą pocztową po uiszczeniu opłaty kosztów wysyłki 6,50 zł na numer konta **Bank BGŻ Paribas 24 1600 1055 1842 3925 6000 0007**

czytelny podpis wnioskodawcy.....

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej

czytelny podpis odbierającego

POUCZENIE

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych na podstawie obowiązujących przepisów prawnych.
2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta
3. Po śmierci pacjenta prawo do udostępnienia dokumentacji ma wyłącznie osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba będąca w chwili zgonu pacjenta jego przedstawicielem ustawowym.
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób :
 - Do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej
 - Przez sporządzenie kserokopii , wyciągów, odpisów lub wydruku
 - Przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.
5. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
6. Dokumentacja medyczna udostępniana jest odpłatnie - podst. prawna naliczania opłat: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. z późn. zm. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 28 ust. 1 i 4: Maksymalna wysokość opłaty za: 1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002, 2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007, 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa GUS w Dz. U. RP "Monitor Polski" na podst. art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z FUS, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie
7. Dokumentacja medyczna udostępniana jest nieodpłatnie – w przypadku jej udostępnienia po raz pierwszy w żądanym zakresie (Art.28 Ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)
8. Odbiór dokumentacji następuje w terminie do 7 dni roboczych od daty złożenia wniosku.
9. Odbiór dokumentacji ma miejsce w Dziale Rozliczeń ,Statystyki i Dokumentacji Med. przy SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od 10.00 do 13.00 ; tel. +48 77 40 60 521
10. Termin przesłania drogą pocztową jest uzależniony od daty dokonania przelewu kosztów wysyłki w kwocie 6,50 zł na numer konta bankowego SPZOZ :
Bank BGŻ Paribas 24 1600 1055 1842 3925 6000 0007