

**PROTOKÓŁ UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII****KROK 1**

Dotyczy:

(Sygnatura pisma)

z dnia:

(Dzień)

(Miesiąc)

(Rok)

Proszę wskazać rodzaj upoważnionego organu:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych; udostępnienie dokumentacji zgodnie z oświadczeniem jest niezbędne do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych (art. 3 ust. 1 pkt 5 u.p.p.);
- Organ władzy publicznej, Narodowy Fundusz Zdrowia, organ samorządu zawodów medycznych, konsultant krajowy lub wojewódzki, udostępnienie w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- Podmiot działający na zlecenie Ministra Zdrowia (wymieniony w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217);
- Minister właściwy do spraw zdrowia, sąd, w tym sąd dyscyplinarny, prokuratura, lekarz sądowy, rzecznik odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
(Do odbioru dokumentacji mogą zostać upoważnieni przez prokuratora: funkcjonariusze policji, funkcjonariusze ABW, funkcjonariusze CBA, Funkcjonariusze Policji wykonują swoje zadania na podstawie art. 15 u.p. oraz na podstawie § 21-22 r.s.p. W toku prowadzonego postępowania inne organy śledcze (np. policja, CBA i ABW) nie są uprawnione do żądania wydania dokumentacji medycznej)
- Organ rentowy lub zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- Podmiot prowadzący rejestr usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów; zakład ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
- Lekarz, pielęgniarka lub położna, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
- Wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 u.p.p., w zakresie prowadzonego postępowania;
- Spadkobierca w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych
- Osoba wykonujące czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- Szkoła wyższa lub jednostka badawczo-rozwojowa do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy;

 Inny:

(Podać nazwę oraz podstawę prawną)

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

Imię i Nazwisko:

Pesel:

Adres zamieszkania

(Ulica / nr domu)

(Miejscowość)

(Kod pocztowy)

Dokumentacja dotycząca leczenia:

(proszę podać nazwę Poradni/komórki organizacyjnej oraz okres leczenia)

(nazwa Poradni/komórki organizacyjnej)

(okres leczenia)

Zakres dokumentacji medycznej:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

 Historia choroby Karta informacyjna Wyniki badań

(proszę wymienić)

Wymagane oświadczenie pacjenta załączono do wniosku:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

Tak Nie dotyczy

KROK 2 (wypełnia Dyrektor lub osoba przez niego upoważniona)

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej akceptuję* / nie akceptuję*

(data i podpis Dyrektora lub osoby przez niego upoważnionej)

* - Niepotrzebne skreślić.

W przypadku odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej wymagana jest pisemna forma podania przyczyny odmowy.

KROK 3 (wypełnia pracownik sekcji Rejestracji Dokumentacji Chorych i Archiwum)

Na podstawie niniejszego wniosku sporządzono _____ stron kserokopii / wyciągu / odpisu dokumentacji medycznej.
(podać ilość)

(data i podpis pracownika sekcji Rejestracji Dokumentacji Chorych i Archiwum)

KROK 4

Na podstawie obowiązującego cennika naliczono opłatę w wysokości _____ , ____ PLN za udostępnienie dokumentacji medycznej.
(podać dokładną kwotę)

Odstąpiono od naliczania opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej z tytułu:

_____ (wskazać podstawę prawną)

(data i podpis pracownika)

Dotyczy odbioru w siedzibie podmiotu leczniczego

Pobrano opłatę w wysokości _____ , ____ PLN za _____ stron dokumentacji medycznej.
(podać dokładną kwotę) (podać ilość)

Nie dotyczy

Tożsamość osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej:

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

(seria)

(numer)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

(data i czytelny podpis odbiorcy)

Dotyczy wysyłki

Wysłano listem poleconym nr nadawczy _____ z dnia _____.

Pobrano opłatę w wysokości _____ , ____ PLN za dokumentację medyczną wraz kosztami przesyłki.
(podać dokładną kwotę)

Wystawiono fakturę nr _____ z dnia _____.

Zaksięgowano przelew nr _____ z dnia _____.

Nie dotyczy.

Potwierdzam wysłanie dokumentacji medycznej
