



## 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:

Historia choroby

Karta informacyjna

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

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 Działu Obsługi Pacjenta i Ewidencji Świadczeń)

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

\_\_\_\_\_  
(data i podpis pracownika Działu Obsługi Pacjenta i Ewidencji Świadczeń)

## 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

\_\_\_\_\_