

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII**

(wypełnia wnioskodawca)

Imię i Nazwisko: **Pesel:**

Adres zamieszkania -
(Ulica / nr domu) (Miejscowość) (Kod pocztowy)

Telefon:

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- pacjent, którego dokumentacja dotyczy przedstawiciel ustawy pacjenta
 osoba upoważniona przez pacjenta osoba bliska (zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt. 2 u. p. p.)

Wypełnij jeśli składasz wniosek w imieniu pacjenta:

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

Imię i Nazwisko: **Pesel:**

Adres zamieszkania -
(Ulica / nr domu) (Miejscowość) (Kod pocztowy)

Dokumentacja dotyczy leczenia:

(nazwa Poradni/Oddziału/Pracowni) (okres leczenia)

Zakres dokumentacji medycznej: Historia choroby Karta informacyjna

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

Wyniki badań
(wpisz rodzaj badania)

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- Do wglądu w siedzibie ZCO wyciąg
 kserokopie odpis

Sposób odbioru dokumentacji:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce/ * - niepotrzebne skreślić)

- Odbiór osobisty*/ przez osobę upoważnioną* w siedzibie ZCO
 Wysyłka na wskazany adres za pobraniem należności (obejmującym koszt kopii** i koszty przesyłki wg stawek operatora pocztowego)
 Przesyłka międzynarodową (za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na wskazany adres, po uprzednim wniesieniu opłaty na konto bankowe zakładu, obejmującej koszt kopii** oraz koszty przesyłki wg stawek operatora pocztowego)

** Za pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej we wskazanym zakresie nie pobieramy opłat

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 poz. 711 ze zm.), oraz art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.).
(Dane wnioskodawcy zweryfikowano na podstawie dokumentu tożsamości).

(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

(data i podpis wnioskodawcy)

(wypełnia pracownik Działu Obsługi Pacjenta i Ewidencji Świadczeń lub, po godzinach pracy Kancelarii Zakładu, pielęgniarka oddziału)

Na podstawie niniejszego wniosku udostępniono _____ stron kserokopii* / wyciągu* / odpisu* dokumentacji medycznej / informacji medycznej* / informatyczny nośnik danych*/ do wglądu z możliwością sporządzenia notatek lub zdjęć*.

(* - niepotrzebne skreślić)

Udostępnienie dokumentacji we wskazanym zakresie i formie następuje po raz pierwszy: Tak Nie

(data i podpis pracownika Działu Obsługi Pacjenta i Ewidencji Świadczeń lub pielęgniarki)

- Na podstawie obowiązującego cennika naliczono opłatę w wysokości _____ , ___ PLN za kolejne udostępnienie dokumentacji medycznej.
- Koszty przesyłki _____ , ___ PLN.
- Pobrano oświadczenie stanowiące załącznik nr 3 o obowiązku uiszczenia opłaty (dot. wyłącznie oddziałów po godzinach pracy Kancelarii Zakładu).
- 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 wnioskodawcy)

(wypełnia pracownik sekretariatu)

Dotyczy wysyłki (krajowej)

Wysłano listem poleconym nr nadawczy _____ z dnia _____.

- Pobrano opłatę w wysokości _____ , ___ PLN za dokumentację medyczną* wraz kosztami przesyłki*.
- Wystawiono fakturę nr _____ z dnia _____.
- Zaksięgowano przelew nr _____ z dnia _____.

(* - niepotrzebne skreślić)

Dotyczy wysyłki (międzynarodowej)

Wysłano list/ paczkę nr nadawczy _____ z dnia _____.

- Pobrano opłatę w wysokości _____ , ___ PLN za dokumentację medyczną* wraz kosztami przesyłki*.
- Wystawiono fakturę nr _____ z dnia _____.
- Zaksięgowano przelew nr _____ z dnia _____.

(* - niepotrzebne skreślić)

Potwierdzam wysłanie dokumentacji medycznej
