



Zespół
Opieki
Zdrowotnej
w Knurowie

Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie
ul. Niepodległości 8
44-190 Knurów

Załącznik nr 1 „Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej”

do Zarządzenia nr 21/2017 z dnia 31.05.2017r

Knurów, dnia.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami

1. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

2. Dane Wnioskodawcy o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu uprawnionego

.....

PESEL/NIP:.....

Adres zamieszkania/siedziba:.....

Numer telefonu kontaktowego:

3. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

4. Wnioskuje o: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej poświadczonej za zgodność z oryginałem lub wydruku dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej,
- wydanie wyciągu,
- wydanie odpisu,

5. Wnioskuje o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej w celu:

- dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym,
- niezwiązanym z dalszym leczeniem.

6. Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa przychodni / poradni / pracowni:
- okres leczenia:
- historia zdrowia i choroby; wyniki badań; inne.....

7. Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Knurowie,
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
- 3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.
- 4) równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POUCZENIE

1. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej bądź braku informacji o upoważnieniu osoby w niniejszym wniosku.
2. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
3. Dokumentacja wydawana jest nie później niż w terminie 14 dni od daty złożenia wniosku.
4. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej wynoszą:
 - za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – **8,00 zł brutto**,
 - za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej w postaci papierowej, za jedną stronę kopii skanu dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej oraz za jeden wydruk z dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej – **0,25 zł brutto**,
 - za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji na elektronicznym nośniku danych – **1,50 zł brutto**.
 - opłata za przesyłkę pocztową dokumentacji medycznej - **10,00 zł brutto**.
 - opłata za udzielenie informacji zakładom ubezpieczeń o stanie zdrowia osoby przez nich wskazanej – **50,00 zł brutto**, w tym wliczona jest już kwota za przesyłkę pocztową.
5. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.