

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane identyfikujące tożsamości **WNIOSKODAWCY**: (proszę wypełnić czytelnie)

Imię (imiona) wnioskodawcy / Nazwa podmiotu wnioskującego	
Adres zamieszkania wnioskodawcy / Adres siedziby podmiotu wnioskującego	
PESEL wnioskodawcy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Numer telefonu kontaktowego wnioskodawcy	

1. Status wnioskodawcy: (proszę określić kto występuje z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej)

Pacjent	Osoba upoważniona przez Pacjenta / przez przedstawiciela ustawowego	Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Osoba bliska	Podmiot wskazany w art. 26 ust. 3 / 3a / 4 Ustawy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proszę określić podstawę prawną działania:

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

a. w formie:

1. do wglądu	2. kopii	3. odpisu	4. wyciągu	5. wydruku	6. na informatycznym nośniku danych	7. oryginału z obowiązkiem zwrotu	8. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. w zakresie: dokumentacja medyczna z
(proszę określić nazwę komórki organizacyjnej / albo wskazać rodzaj dokumentacji wnioskowanej)

c. za okres:
(oddo..... / data udzielenia świadczenia)

2 Dane identyfikujące tożsamości **PACJENTA**, którego dokumentacja medyczna dotyczy (proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta / w przypadku noworodka PESEL matki.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu Pacjenta	

3 Sposób odbioru dokumentacji, w przypadku jej wydawania: (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

ODBIERAJĄCY: Pacjent którego dokumentacja dotyczy	Odbiór osobisty w Jednostce	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Pacjent którego dokumentacja dotyczy	Wysyłka na adres zamieszkania Pacjenta	<input type="checkbox"/>

ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej	Odbiór osobisty w Jednostce	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej	Wysyłka na adres zamieszkania osoby upoważnionej	<input type="checkbox"/>

ODBIERAJĄCY: Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Odbiór osobisty w Jednostce	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Wysyłka na adres zamieszkania osoby przedstawiciela ustawowego Pacjenta	<input type="checkbox"/>

ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona / upoważnienie do odbioru dokumentacji w załączeniu do wniosku / potwierdzam iż upoważnienie zostało udzielone	Odbiór osobisty w Jednostce	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona / upoważnienie do odbioru dokumentacji w załączeniu do wniosku / potwierdzam iż upoważnienie zostało udzielone	Wysyłka na adres zamieszkania osoby upoważnionej	<input type="checkbox"/>

Odbiór dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej: (proszę zaznaczyć „x” jeśli dotyczy)

proszę przesłać drogą elektroniczną na adres e-mail:.....

W przypadku zaznaczenia opcji wysyłki kopii dokumentacji pocztą elektroniczną pliki zostaną zabezpieczone hasłem.

4 Oświadczenie

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w Jednostce, rozumiem i akceptuję określony nimi tryb oraz mam świadomość obowiązku pokrycia kosztów jej wydania, jeśli nie dotyczą mnie sytuacje zwalniające z tego obowiązku.
- Oświadczam, iż podane przeze mnie dane we Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej są zgodne z prawdą, oświadczenie powyższe (b) składam będąc świadomym/ą odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o jakiej mowa w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.)
- W przypadku wniosku o jakim mowa w pkt. (1) lit a. ppkt 7. oświadczam, iż zwłoka w wydaniu dokumentacji w innej formie niż w oryginale mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia Pacjenta, jednocześnie zobowiązuję się do jej zwrotu po wykorzystaniu.

5 Tożsamość i status wnioskodawcy ustalono w oparciu o: (wypełnia upoważniony pracownik Jednostki)

Dokument tożsamości wnioskodawcy:	Nazwa	Seria/Numer
Metodą pytań bezpośrednich:		
Inne czynności weryfikacyjne:		
Dokumentację przedłożoną do wniosku:	Upoważnienie	Potwierdzające zagrożenie życia, zdrowia

Miejsce i data	Podpis czytelny wnioskodawcy	Data i podpis czytelny przyjmującego

6 Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Opłata tytułem udostępniania	Ilość stron	Kwota	Uregulowano
			<input type="checkbox"/>
Pierwszy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej w danym zakresie:			<input type="checkbox"/>
Zwolnienie z opłaty:			<input type="checkbox"/>

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej oraz zamieszcza się adres repozytorium, pod którym znajduje się wydana dokumentacja indywidualna zewnętrzna lub załącza się cyfrowe odwzorowanie tej dokumentacji w postaci papierowej. W przypadku prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w postaci papierowej, załącza się kopię lub dokładny opis wydanej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej		<input type="checkbox"/>
Podpis i data osoby udostępniającej w sposób zgodny z treścią wniosku:	Podpis:	Data.
Podpis i data osoby odbierającej	Podpis:	Data.

7 Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej:

Podpis osoby odbierającego zwracaną dokumentację medyczną	Podpis:		Data.	
Potwierdzam kompletność zwracanej dokumentacji medycznej	Kompletna		Wybrakowana	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż informacje o przysługujących Pani/Panu prawach w związku z przetwarzaniem danych osobowych można uzyskać w rejestracji lub na stronie internetowej www.scs-primadent.pl



PRIMADENT
SĄDECKIE CENTRUM STOMATOLOGII