

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta: Imię i nazwisko PESEL Adres zamieszkania: Nr Tel Adres e-mail.....	Dane osoby występującej z wnioskiem:* Imię i nazwisko PESEL Adres zamieszkania: Nr Tel Adres e-mail.....
--	---

1. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:**

- wglądu do dokumentacji medycznej w siedzibie CRR KRUS w Jedlcu,
- wydania kserokopii dokumentacji medycznej (potwierdzonej za zgodność z oryginałem),
- sporządzenia dokumentacji w formie wyciągu ,
- sporządzenia dokumentacji w formie odpisu,
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na informatycznym nośniku danych,
- wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu,

2. Zakres dokumentacji medycznej:

- | | |
|---|--|
| 2.1. oddział stacjonarny (KRUS) | /rodzaj dokumentacji, data realizacji świadczeń/ |
| 2.2. oddział szpitalny (NFZ) | /rodzaj dokumentacji, data realizacji świadczeń/ |
| 2.3. ośrodek rehabilitacji dziennej (NFZ) | /rodzaj dokumentacji, data realizacji świadczeń/ |
| 2.4. poradnia rehabilitacyjna (NFZ) | /rodzaj dokumentacji, data realizacji świadczeń/ |
| 2.5. fizjoterapia ambulatoryjna (NFZ) | /rodzaj dokumentacji, data realizacji świadczeń/ |

3. Odbiór dokumentacji medycznej***:

- wgląd w siedzibie CRR KRUS w Jedlcu,
- odbiór osobisty wnioskodawcy,
- przesłanie listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru – **odpłatnie, zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej,**
- przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres mailowy

4. Oświadczenia:

- a) Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
- b) Oświadczam, że rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej (Ustawa z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta / t.j. Dz .U. z 2019 r. poz. 150 z późn. zm./ oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów ewentualnej wysyłki. Oświadczam, że ryzyko

*należy wypełnić wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent którego dotyczy dokumentacja

****zaznaczyć właściwe**

***zaznaczyć właściwe

**** wypełnia upoważniony pracownik CRR KRUS w Jedlcu

	CRR-ZI-01-01 – Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej
	Zintegrowany System Zarządzania CRR KRUS w Jedlcu
Wydanie: 5 Data wydania 15.05.2019rr	
Strona: 2 z 3	

związane z zaginięciem lub uszkodzeniem dokumentacji, związane z wysłaniem dokumentacji pocztą, nie obciąża podmiotu leczniczego. Opłata za koszty wysyłki za potwierdzeniem odbioru zgodnie z obowiązującym cennikiem Poczty Polskiej.

- c) Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku nieodebrania wnioskowanej dokumentacji medycznej zostanie ona po upływie 30 dni od dnia złożenia wniosku, protokółarnie zniszczona.

.....
(data złożenia wniosku i podpis osoby przyjmującej)

.....
(data i podpis pacjenta/wnioskodawcy)

5. Decyzja o udostępnieniu dokumentacji medycznej****:

TAK

NIE -
/przyczyna odmowy/

.....
/data i podpis osoby uprawnionej w CRR KRUS w Jedlcu/

6. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:

a) identyfikacja tożsamości osoby której udostępniana jest dokumentacja medyczna**** (imię i nazwisko) (nazwa i nr dokumentu tożsamości/poświadczenie notarialne)	
b) potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej: (data i podpis osoby udostępniającej dokumentację) (data i podpis osoby odbierającej dokumentację)	
c) liczba udostępnionych stron	
d) dokumentację medyczną wysłano w dniu	
e) odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej wysłano w dniu (data i podpis osoby wysyłającej)	

*należy wypełnić wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent którego dotyczy dokumentacja

**zaznaczyć właściwe

***zaznaczyć właściwe

**** wypełnia upoważniony pracownik CRR KRUS w Jedlcu