

**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)
- sporządzenie dokumentacji w formie wyciągu
- sporządzenie dokumentacji w formie odpisu
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej za informatycznym nośniku danych,
- wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i 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 oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Oświadczam, że ryzyko 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)

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

**zaznaczyć właściwe

***zaznaczyć właściwe

**** wypełnia upoważniony pracownik CRR KRUS w Jedlcu

**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