

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce 07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A		
PROCEDURA ZABEZPIECZANIA I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		
Data wydania: 13.02.2024 r.		Dotyczy: Inspektor Ochrony Danych, Dział Organizacji i Nadzoru Świadczeń Zdrowotnych, Dział Administracyjno-Gospodarczy, Pracownicy Komórek Medycznych Szpitala
Opracował: Krzysztof Groszyk Kierownik Sekcji Informatyki Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce <i>/Podpisano podpisem elektronicznym/</i>	Sprawdził: Mariusz Kozicki Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce <i>/Podpisano podpisem elektronicznym/</i>	Zatwierdził: Paweł Natkowski Dyrektor Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce <i>/Podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/</i>
Zmiany:		

Spis treści

1) Cel procedury.....	3
2) Przedmiot i zakres stosowania	3
3) Sposób postępowania	4
4) Podstawa prawna	10
5) Załączniki	10

1) Cel procedury

1. Ustalenie jednolitych zasad postępowania z dokumentacją medyczną w zakresie prawidłowego jej przechowywania oraz udostępniania.
2. Zapewnienie pacjentom dostępu do dokumentacji medycznej.

2) Przedmiot i zakres stosowania

1. Postanowienia zawarte w niniejszej procedurze obowiązują:
 - 1) wszystkie Podmioty upoważnione, które mają kontakt z dokumentacją medyczną;
 - 2) osoby/podmioty występujące o udostępnienie dokumentacji medycznej.
 2. Niniejsza procedura określa:
 - 1) sposób zabezpieczenia dokumentacji w Szpitalu;
 - 2) osoby i podmioty uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej;
 - 3) zasady i tryb udostępniania dokumentacji medycznej przez Szpital;
 - 4) zasady pobierania opłat za udostępnianie przez Szpital dokumentacji medycznej.
 3. Zasad niniejszej procedury nie stosuje się w przypadkach:
 - 1) przekazywania dokumentacji medycznej pomiędzy komórkami organizacyjnymi działalności leczniczej Szpitala w związku z kontynuacją leczenia pacjenta;
 - 2) przekazywania wyników badań diagnostycznych lub konsultacji podmiotowi, który wystawił skierowanie na ich przeprowadzenie;
 - 3) przekazywania pacjentom po zakończeniu leczenia szpitalnego lub udzieleniu świadczenia w SOR/Izbie Przyjęć Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - 4) przekazywania pacjentom po zakończeniu leczenia szpitalnego wyniku badania histopatologicznego. Wynik badania wydaje się pacjentowi nieodpłatnie niezwłocznie po jego uzyskaniu;
 - 5) przekazywania pacjentom posiadającym kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego kopii dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki lub leczenia onkologicznego; kopia tej dokumentacji sporządzana i przekazywana jest nieodpłatnie i stanowi załącznik do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.
 4. Użyte w procedurze określenia oznaczają:
 - 1) „**wyciąg**” – skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej;
 - 2) „**odpis**” – dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem;
 - 3) „**kopia**” – dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).
-

3) Sposób postępowania

1. Sposób zabezpieczenia dokumentacji

Zabezpieczenie dokumentacji jest obowiązkiem każdego Podmiotu upoważnionego mającego do niej dostęp, bez względu na czynności wykonywane w zakresie przetwarzania dokumentacji.

2. Sposób zabezpieczenia dokumentacji w wersji papierowej

- 1) za kompletność i stan dokumentacji powstającej w danej komórce organizacyjnej szpitala odpowiedzialny jest Kierownik;
- 2) powstająca w komórkach organizacyjnych szpitala dokumentacja przechowywana jest w miejscu jej wytwarzania;
- 3) Pomieszczenia, w których przechowywana jest dokumentacja zamykane są na klucz lub zabezpieczone kodem dostępu.

3. Sposób zabezpieczenia dokumentacji związanej z zatrudnieniem

- 1) akta związane z zatrudnieniem przechowywane są w Dziale Służb Pracowniczych i Płac;
- 2) każdy Podmiot upoważniony pozostający w stosunku pracy ma założoną odrębną teczkę osobową;
- 3) dokumenty Podmiotów upoważnionych są przechowywane w szafach zamykanych na klucz.

4. Sposób zabezpieczenia dokumentacji medycznej

- 1) Historia choroby w Oddziale przechowywana jest w gabinecie lekarskim w szafie zamykanej na klucz;
- 2) dokumentacja dodatkowa przechowywana jest w dyżurce pielęgniarek/ położnych w szafie zamykanej na klucz. Każda sala chorych ma odrębną teczkę na dokumentację medyczną;
- 3) dokumentacja medyczna na czas transportu zabezpieczona jest w nieprzezroczystej teście;
- 4) książka raportów pielęgniarskich/położnych przechowywana w sposób j/w opisany w dyżurce pielęgniarek/położnych ewentualnie w gabinecie pielęgniarki/położnej oddziałowej;
- 5) książka raportów lekarskich przechowywana w gabinecie lekarskim w wyżej opisany sposób lub w gabinecie kierownika oddziału lub gabinecie lekarza dyżurnego.

Osoby przetwarzające dane otrzymały uprawnienia do przetwarzania danych, opisujące zakres dostępu do danych. Każda osoba upoważniona do przetwarzania danych podpisała stosowne oświadczenie dotyczące znajomości zasad przetwarzania danych.

5. Osoby i podmioty uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej

- 1) Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta, za okazaniem dokumentu tożsamości np. dowód osobisty, paszport.
- 2) po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna może być udostępniona wyłącznie:
 - a) osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym;
 - b) osobie bliskiej pacjenta (przez osobę bliską rozumie się: małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta) chyba, że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwi się temu pacjent za życia. Spór pomiędzy osobami bliskimi będzie rozstrzygał sąd w postępowaniu nieprocesowym. Zainicjować będzie go mogła zainteresowana osoba bliska, a także osoba wykonująca zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny będzie mogła wystąpić z wnioskiem do sądu również w przypadku uzasadnionych wątpliwości czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
- 3) Sprzeciw pacjenta co do udostępniania dokumentacji medycznej po jego śmierci nie będzie bezwzględny. Będzie on mógł być przełamany w dwóch sytuacjach – jeżeli jest to niezbędne:
 - a) na wniosek sądu w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
 - b) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

O powyższym także zadecyduje sąd w postępowaniu nieprocesowym (na wniosek osoby bliskiej). Sąd może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia.

- 4) Szpital udostępnia dokumentację medyczną również podmiotom, organom i instytucjom uprawnionym do dostępu do dokumentacji medycznej na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz wewnątrz odpowiednim Podmiotom upoważnionym w celu wykonywania obowiązków służbowych.

6. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej

- 1) Formy udostępniania dokumentacji medycznej:
 - a) „do wglądu”, dotyczy to zarówno dokumentacji papierowej jak i prowadzonej w formie elektronicznej, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - b) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
 - c) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - d) na elektronicznym nośniku danych

- 2) Ogólne zasady udostępniania dokumentacji medycznej
- a) W celu uzyskania wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku dokumentacji medycznej pacjenta, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez niego, składa „wniosek ustny/pisemny o wydanie dokumentacji medycznej” (**Załącznik nr 1 do niniejszej Procedury**).
 - b) Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej dostępny jest do pobrania w szpitalu, w komórkach, które nadzorują i organizują czynności związane z udostępnianiem dokumentacji medycznej oraz na stronie internetowej Szpitala <http://www.szpital.ostroleka.pl/>.
 - c) Wnioski można składać od poniedziałku do piątku:
 - w Kancelarii Szpitala w godz. 8.30–15.00 lub przesać na adres Szpitala: MSS im. dr. J. Psarskiego w Ostrołęce, Al. Jana Pawła II 120A, 07-410 Ostrołęka;
 - w sekretariatach oddziałów szpitalnych, SOR, ZPO, Rejestracjach Poradni Specjalistycznych, Zakładu Rehabilitacji, Ośrodka Medycyny Pracy w godz. 7.30–14.30 (dotyczy dokumentacji medycznej leczenia w oddziałach szpitalnych, SOR, w Poradniach Specjalistycznych);
 - archiwum w godz. 8.30–14.00;
 - w Dziale Organizacji i Nadzoru Świadczeń zdrowotnych wydawana jest dokumentacja dla wszystkich instytucji i osób prywatnych, na podstawie wniosków i pism, które wpłynęły do Dyrekcji;
 - odbiór kopii dokumentacji medycznej od poniedziałku do piątku w miejscu złożenia wniosku, w tych samych godzinach, co składanie wniosków;
 - wydanie kopii dokumentacji medycznej musi być potwierdzone podpisem osoby odbierającej (pacjenta lub osoby upoważnionej) a wniosek dołączony do dokumentacji medycznej pacjenta;
 - dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem tel. 29 765 21 24.
 - d) Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie ustnej może zostać zgłoszony osobiście lub telefonicznie, wówczas Podmiot upoważniony przyjmujący zgłoszenie wypełnia i podpisuje wniosek oraz w miejscu przeznaczonym na podpis wnioskodawcy zamieszcza adnotację, że wniosek złożony został w formie ustnej (osobiście lub telefonicznie). Podpis osoby wnioskującej powinien być uzupełniony przy odbiorze dokumentacji.
 - e) W uzasadnionych przypadkach, w szczególności poza dniami/godzinami pracy właściwej komórki organizacyjnej lub ze względu na stan zdrowia osoby zgłaszającej wniosek, wniosek w formie ustnej/pisemnej może zostać zgłoszony bezpośrednio w komórce organizacyjnej, w której wnioskowana dokumentacja została wytworzona. W takim przypadku Podmiot upoważniony tej komórki organizacyjnej zobowiązany jest przyjąć zgłoszenie wniosku. Następnie komórka zobowiązana jest do przekazania wypełnionego formularza w najbliższym terminie do Działu Organizacji i Nadzoru Świadczeń Zdrowotnych.

- f) Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
- g) Udostępnianie dokumentacji następuje po sprawdzeniu zgodności danych osobowych zawartych w wydawanej dokumentacji z dokumentem tożsamości.
- h) Udostępnianie dokumentacji medycznej uprawnionej osobie lub uprawnionemu podmiotowi następuje bez zbędnej zwłoki, w każdym razie nie później niż w terminie do 14 dni od daty wpłynięcia wniosku.
- i) W uzasadnionych przypadkach, gdyby zwłoka mogła spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta udostępnianie dokumentacji medycznej następuje niezwłocznie i nieodpłatnie.
- j) Kopia, wyciąg, odpis, wydruk dokumentacji medycznej pacjenta przesyłana jest pocztą (za potwierdzeniem odbioru) na wskazany adres wraz z ewentualną fakturą.
- k) Kopia lub wydruk dokumentacji medycznej potwierdzana jest za zgodność z oryginałem wyłącznie na żądanie wnioskodawcy. Potwierdzenia dokonuje upoważniona osoba.
- l) Podmioty upoważnione udostępniający dokumentację medyczną, prowadzą wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:

- imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
- sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
- zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
- imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
- imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
- datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

- m) W przypadku udostępnienia oryginałów dokumentacji medycznej Podmiot upoważniony zobowiązany jest pozostawić kopię i załączyć do niej wniosek lub potwierdzenie wydania oryginału.
- n) Udostępnianie dokumentacji medycznej na podstawie upoważnienia wydanego przez Dyrektora konkretnemu Podmiotowi upoważnionemu nie wymaga zatwierdzenia do wydania przez Dyrektora.

7. Opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej

- 1) Prawo wglądu do dokumentacji medycznej jest nieodpłatne.
- 2) Za udostępnianie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii, wydruku lub na informatycznym nośniku danych Szpital pobiera opłatę, której wysokość określona jest Zarządzeniem Dyrektora (podstawą wyliczenia kwoty odpłatności przeciętne wynagrodzenie w poprzednim kwartale, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”,

począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie).

- 3) Opłaty, o której mowa w pkt. b) nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - a) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (czyli w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku; na informatycznym nośniku danych; sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu)).
 - b) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

8. Udostępnianie dokumentacji medycznej z leczenia w oddziale szpitalnym

- 1) W trakcie pobytu w oddziale pacjent ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej indywidualnej dotyczącej jego leczenia, za pośrednictwem lekarza prowadzącego.
- 2) Udostępnienie dokumentacji medycznej zbiorczej (w zakresie wpisów dotyczących stanu zdrowia) w formie kopii, odpisu, wyciągu, wydruku w trakcie hospitalizacji pacjenta, na podstawie złożonego ustnego/pisemnego wniosku organizuje i nadzoruje Podmiot upoważniony z Działu Organizacji i Nadzoru Świadczeń Zdrowotnych. Po sporządzeniu kopii Podmiot upoważniony z Działu Organizacji i Nadzoru Świadczeń Zdrowotnych powinien zwrócić oryginał na oddział, który ponosi odpowiedzialność za kompletność dokumentacji medycznej pacjenta w związku z dalszą jego hospitalizacją.

9. Udostępnianie dokumentacji medycznej z leczenia w Zespole Poradni Specjalistycznych, Poradni Onkologicznej, Zakładzie Rehabilitacji, Ośrodka Medycyny Pracy, SOR

- 1) Pacjent leczony w wyżej wymienionych medycznych komórkach organizacyjnych ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej za pośrednictwem lekarza prowadzącego.
- 2) Dokumentację medyczną w formie kopii, odpisu, wyciągu, wydruku, wytworzoną w wyżej wymienionych medycznych komórkach organizacyjnych na podstawie złożonego ustnego/pisemnego wniosku udostępniają właściwe Podmioty upoważnione z tych komórek.

10. Udostępnianie dokumentacji medycznej z leczenia w pracowniach diagnostycznych

- 1) Wyniki badań wykonane w trakcie hospitalizacji pacjenta nie mogą być udostępniane pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu lub upoważnionej osobie przez pracownię.
- 2) Wyniki badań stanowią integralną część historii choroby i mogą być udostępnione zgodnie z przyjętymi zasadami.

11. Udostępnianie dokumentacji medycznej po zakończeniu leczenia i na wypadek śmierci pacjenta

- 1) Pacjent lub osoba upoważniona zwraca się z wnioskiem ustnym/pisemnym o wydanie dokumentacji medycznej do Działu Organizacji i Nadzoru Świadczeń Zdrowotnych lub do Rejestracji Zespołu Poradni Specjalistycznych, Poradni Onkologicznej, Zakładu Rehabilitacji, Ośrodka Medycyny Pracy, SOR, (dotyczy dokumentacji medycznej, która została wytworzona w tych komórkach), lub do Archiwum Szpitalnego.
- 2) Udostępnianie dokumentacji odbywa się zgodnie z ogólnymi zasadami opisanymi na łamach niniejszej Procedury.

12. Zasady udostępniania archiwalnej dokumentacji medycznej

- 1) W przypadku, gdy dokumentacja medyczna, która podlega udostępnianiu, znajduje się w Archiwum Szpitalnym, udostępnia ją upoważniony Podmiot upoważniony zatrudniony w Archiwum Szpitalnym zgodnie z poniższymi zasadami.
- 2) Zasady udostępniania archiwalnej dokumentacji medycznej wewnątrz zakładu:
 - a) Podstawą udostępnienia dokumentacji wewnątrz szpitala jest wypełniona karta udostępniania (**Załącznik nr 3 do niniejszej Procedury**).
 - b) Korzystający z dokumentacji ponosi pełną odpowiedzialność za stan udostępnionej dokumentacji oraz jej kompletność.
 - c) Zwrot wypożyczonej dokumentacji potwierdza się na karcie udostępniania, sprawdzeniu podlega również stan zwróconej dokumentacji.
 - d) Karty udostępniania dokumentacji przechowuje się w kolejności numerów w specjalnej teczce zaznaczając na karcie zwroty dokumentacji.
- 3) Udostępnianie dokumentacji medycznej archiwalnej poza godzinami pracy Archiwum w przypadku powtórnej hospitalizacji.
 - a) Archiwalna indywidualna dokumentacja medyczna sporządzona po 2009 r. dostępna jest w systemie elektronicznym. Każdy lekarz otrzymał uprawnienie do przeglądu danych pacjentów przyjmowanych do szpitala, co zapewnia dostęp do archiwalnych danych pacjentów.
 - b) W przypadku archiwalnej indywidualnej dokumentacji medycznej znajdującej się w Składnicy Akt, personel medyczny z oddziału zgłasza na Izbę Przyjęć potrzebę udostępnienia archiwalnej dokumentacji medycznej; Kierownik Zespołu Dyżurującego telefonicznie zawiadamia Podmiot upoważniony zatrudniony w Składnicy Akt o potrzebie udostępnienia takiej dokumentacji i zakresie udostępnienia.
 - c) Podmiot upoważniony wykonujący obowiązki służbowe na oddziale wypełnia wniosek o udostępnienie oryginału dokumentacji medycznej (**Załącznik nr3**).

Udostępnienie następuje w czasie nie dłuższym niż 1 godzina.

13. Kontrola zwrotu udostępnianej wewnątrz zakładu oryginalnej dokumentacji medycznej

- 1) Na koniec kwartału sprawdzane są karty udostępniania oryginałów dokumentów oraz terminy zwrotów,
- 2) W razie stwierdzenia braku zwrotu dokumentacji medycznej wysłane zostaje pismo ponagląjące,
- 3) W przypadku całkowitego lub częściowego zagubienia dokumentacji, jej uszkodzenia osoba odpowiedzialna zobowiązana jest do sporządzenia stosownego protokołu (zaginięcia, uszkodzenia) w 2 egzemplarzach. Protokół ten wymaga podpisu sporządzającego i osoby korzystającej z danej dokumentacji, jeżeli dokumentacja była udostępniana wewnątrz zakładu.

14. Zasady wydania oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia

- 1) Osoby zainteresowane uzyskaniem indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia (pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub upoważniona osoba bliska do uzyskiwania dokumentacji) mogą odebrać dokumentację po uprzednim złożeniu pisemnego wniosku.
- 2) Pisemne wnioski o wydanie w/w dokumentacji należy kierować na adres Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, Al. Jana Pawła II 120 A, 07-410 Ostrołęka.
- 3) Wszystkie wnioski dotyczące wydania oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia przekazywane są do Podmiotu upoważnionego zatrudnionego w Składnicy Akt. Podmiot ten odszukuje i przygotowuje do wydania dokumenty.
- 4) Odbiór dokumentacji możliwy jest po osobistym stawieniu się w Składnicy Akt, okazaniu dokumentu tożsamości potwierdzającego uprawnienie do odbioru tej dokumentacji oraz pokwitowaniu odbioru (**Załącznik nr 2**).

4) Podstawa prawna

1. Ustawa o ochronie danych osobowych;
2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
3. Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia;
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

5) Załączniki

1. Załącznik nr 1: Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej;
2. Załącznik nr 2: Karta wydania oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia;
3. Załącznik nr 3 : Karta udostępnienia akt.

Załącznik nr 1 do Procedury zabezpieczenia i udostępniania dokumentacji medycznej
WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: PESEL:
Adres zamieszkania:
Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko: PESEL:

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- Wyciągu, odpisu, kopii
- Oryginału dokumentacji medycznej i jednocześnie zobowiązuje się do jej zwrotu po wykorzystaniu w terminie do.....
- Dokumentacja medyczna z
.....
(nazwa oddziału / poradni / pracowni)

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- Historia choroby-całość
- Karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- Karta z leczenia ambulatoryjnego
- Wyniki badań
- Inne

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:
Imię i nazwisko: PESEL:

miejsowość, data

czytelny podpis wnioskodawcy

Poniosę koszty wykonania: wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej lub wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych w wysokości obliczonej na podstawie art. 28 ust.4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wpływu:

..... (DD-MM-RRRR)

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

..... (DD-MM-RRRR)

Czytelny podpis osoby upoważnionej do przyjęcia wniosku

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

- Wydanie pierwszej kopii str. od do

jeżeli nie można wskazać zakresu stron, należy opisać wydaną dokumentację:

.....
.....
.....

- Wydanie pierwszej kopii:
- Naliczono opłaty w wysokości:

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

(rodzaj i numer dokumentu)

.....

data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

POTWIERDZENIE ZWROTU ORYNAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej. Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona.

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

data i czytelny podpis osoby zdającej dokumentację

Załącznik nr 2 do Procedury zabezpieczenia i udostępniania dokumentacji medycznej

**KARTA WYDANIA ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA**

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr....., potwierdzam
odbiór oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia:

.....

/rodzaj dokumentacji/

pacjenta.....

/imię i nazwisko, data urodzenia/

.....

/ adres/

Czytelny podpis osoby przekazującej

Czytelny podpis osoby odbierającej

Miejscowość i data

Załącznik nr 3 do Procedury zabezpieczenia i udostępniania dokumentacji medycznej

..... (pieczęć komórki organizacyjnej)	Karta udostępnienia akt nr		
Data..... 20..... r.	Termin zwrotu akt		

Proszę o udostępnienie wypożyczenie akt powstałych w komórce org

.....
.....
.....

z lat o znakach

.....

i upoważniam do ich wykorzystania i odbioru Pana (ią)

.....

(imię i nazwisko)

.....

(podpis)

Potwierdzam odbiór wymienionych na odwrotnej stronie

Akt tomów kart

Data/.....r. Podpis

Adnotacje o zwrocie akt:

.....
.....
.....

..... (podpis oddającego)	Akta zwrócone do składnicy (podpis oddającego)
------------------------------	---------------------------------------	------------------------------