



WNIOSEK o udostępnienie dokumentacji medycznej osoby zmarłej

1 DANE PACJENTA, którego dotyczy dokumentacja:

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- poprzez sporządzenie wyciągu (skrótowy tekst zawierający najważniejsze dane z całości lub jego części - potwierdzone za zgodność z oryginałem)
- poprzez sporządzenie odpisu (kopia lub przepisany tekst oryginalnego dokumentu - potwierdzona za zgodność z oryginałem)
- poprzez sporządzenie wydruku (czysta kopia tekstu lub rysunku wykonana za pomocą kserokopiarki - bez potwierdzenia za zgodność z oryginałem)
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- na informatycznym nośniku danych.

oraz uprawniony organ

poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji

Do celów _____

2 WNIOSKODAWCA

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji

- wniosek składa osoba, która była przedstawicielem ustawowym pacjenta w chwili zgonu
- wniosek składa osoba bliska dla pacjenta (małżonek, krewny do drugiego stopnia, powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu)
- wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta za życia/osoba wskazana przez pacjenta

Dane osoby składającej wniosek

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____ Nr telefonu _____

W przypadku osoby bliskiej – wskazanie relacji ze zmarłym uzasadniającej uznanie osoby za bliską

3 DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA:

a. Nazwa oddziału/poradni _____

b. Okres leczenia/hospitalizacji _____

Oświadczam, że żadna inna osoba bliska nie sprzeciwia się udostępnieniu na moją rzecz dokumentacji osoby zmarłej.



4 SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:

dokumentację odbiorę przez osobę upoważnioną w siedzibie podmiotu leczniczego

dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego

dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru za pobraniem na adres określony w pkt. 1

dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru za pobraniem na adres określony w pkt. 2

na adres e-mail: _____

5 OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem poniżej, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki.

Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

POUCZENIE

- a. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych.
- b. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta, upoważnionym organom.
- c. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem pkt. d i e poniżej.
- d. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd ostatniego miejsca zwykłego pobytu osoby zmarłej, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
- e. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, sąd ostatniego miejsca zwykłego pobytu osoby zmarłej, w postępowaniu nieprocesowym na

wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:

- i. w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
 - ii. dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
- f. W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, o którym mowa w pkt d lub e, sąd bada:
- i. interes uczestników postępowania;
 - ii. rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
 - iii. wolę zmarłego pacjenta;
 - iv. okoliczności wyrażenia sprzeciwu..
- g. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
- » do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
 - » poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków;
 - » poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji;
 - » za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - » na informatycznym nośniku danych.
- h. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
- i. Zgoda na udostępnienie dokumentacji albo jej odmowa następuje na podstawie decyzji dyrektora zakładu lub osoby przez niego upoważnionej.
- j. W przypadku nie wyrażenia zgody odmowa wydania dokumentacji wydawana jest w formie pisemnej z uzasadnieniem.
- k. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
- l. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
- m. Dokumentacja wydawana jest nie później niż w terminie 14 dni od daty złożenia wniosku.
- n. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.
- o. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów sporządzonej kopii na podstawie wystawionego rachunku bez podpisu.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis wnioskodawcy

6 POTWIERDZENIE WYDANIA WNIOSKU

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
Data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....
Data i podpis wnioskodawcy