

DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

W celu usprawnienia procedury dostępu do dokumentacji medycznej, poniżej przedstawiamy zasady udostępniania przez Holistic Clinic Państwa dokumentacji:

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na wniosek, którego (wzór wniosku znajduje się poniżej);
2. Dokumentacja medyczna jest udostępniana zgodnie z wnioskiem, tj. do wglądu, w formie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia;
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu pacjenta (np. w przypadku osób nieletnich);
5. Dokumentacja medyczna jest udostępniana opiekunowi faktycznemu lub prawnemu pacjenta (w przypadku osób przysposobionych lub z orzeczoną niepełnosprawnością) po okazaniu odpisu orzeczenia sądowego lub innej osobie upoważnionej przez pacjenta (wzór upoważnienia znajduje się poniżej);
6. Przed wydaniem dokumentacji w siedzibie Holistic Clinic należy okazać dokument tożsamości;
7. Holistic Clinic nie pobiera opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

W _____ imieniu _____ własnym/pacjentki

[dane pacjenta: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL]

wnoszę o udostępnienie _____

[proszę wskazać sposób udostępnienia: do wglądu/kopi/w formie wyciągu/odpisu/kopii /wydruku /mailowo lub na płycie CD]

dokumentacji _____ medycznej

[proszę wskazać czy całości , czy części i określić jakiej części, którego dokumentu]

Wnioskowaną dokumentację proszę przesłać na mój adres mailowy _____

[proszę wypełnić tylko w przypadku wniosku o udostępnienie dokumentacji mailowo]

[data i czytelny podpis Wnioskodawcy]

Załącznik:

[tylko, gdy Wnioskodawca nie jest pacjentem]

[proszę wskazać prawo do złożenia wniosku: upoważnienie lub orzeczenie sądowe (dane sądu, data, sygnatura akt)]

Wypełnia przedstawiciel personelu administracyjnego Holistic Clinic.

[data wpływu wniosku do Holistic Clinic]

UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

W _____ imieniu _____ własnym

[dane pacjenta: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL]

niniejszym upoważniam

[dane osoby upoważnionej: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL]

do

[zakres upoważnienia: informowania o stanie zdrowia, wynikach badań/wgląd do dokumentacji/udostępnienia dokumentacji/]

[data i czytelny podpis pacjenta]