

**Wysokość opłat
za udostępnienie dokumentacji medycznej
w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze**

Wysokość opłat za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej jest naliczana na podstawie art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 06 listopada 2008r. zwanej dalej „ustawą” w sposób następujący:

1. Maksymalna wysokość opłat za:
 - a) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekroczyć 0,002,
 - b) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekroczyć 0,00007,
 - c) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekroczyć 0,0004
- przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.
2. Informacje o wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej podane są zainteresowanym do informacji publicznej:
 - a) w komórkach organizacyjnych Centrum,
 - b) w kasie ŚCR,
 - c) na stronie internetowej www.rehabilitacjascr.pl
3. Nie pobiera się opłat wymienionych w ust. 1 w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo 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,
 - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o których mowa w art. 67e ust. 1 ustawy.
4. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
5. Dokumentacja może być udostępniona:
 - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzania notatek lub zdjęć,

- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruku,
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i 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,
 - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - 5) na informatycznym nośniku danych,
 - 6) w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu).
6. W przypadku wydania oryginału dokumentacji medycznej należy:
- a) pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji,
 - b) przekazać dokumentację za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem jego zwrotu po wykorzystaniu.
7. Udostępnienie dokumentacji na wniosek podmiotu lub organu uprawnionego odbywa się na podstawie decyzji kierownika ŚCR w Czarnieckiej Górze.
8. „Wniosek pacjenta/osoby upoważnionej przez pacjenta za życia/przedstawiciela ustawowego do udostępnienia dokumentacji medycznej” stanowi **Załącznik Nr 2.1** oraz „Wniosek osoby bliskiej o udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadku zmarłego pacjenta” stanowi **Załącznik Nr 2.2** oraz „potwierdzenie odbioru” stanowi **Załącznik Nr 2.3** do Regulaminu organizacyjnego.

Mariusz Gil – Dyrektor ŚCR

DYREKTOR
Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji
w Czarnieckiej Górze
Mariusz Gil

dnia

.....
/imię i nazwisko/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/PESEL/

**Do Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji
w Czarnieckiej Górze**

**Wniosek pacjenta/osoby upoważnionej przez pacjenta za życia/przedstawiciela
ustawowego do udostępnienia dokumentacji medycznej**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi /odpisu*/kserokopii*/wydruku*/uwierzytelnionej
za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej, informatycznego nośnika danych, skanu*
pacjenta

sporządzonej w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej
w okresie w zakresie (całości,
części)

Oświadczam, iż:

1. jestem osobą upoważnioną przez pacjenta za życia w załączeniu przedkładam
stosowny dokument,
2. jestem osobą, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym
i w załączeniu przedkładam stosowny dokument,
3. ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb
udostępniania dokumentacji medycznej oraz pokryję w całości koszt wykonania
powyższej dokumentacji.

**Powyższe oświadczenia składam będąc świadomym/świadomą odpowiedzialności karnej
za składanie fałszywego oświadczenia, stosownie do treści przepisu art. 233 Kodeksu
Karnego.**

*niepotrzebne skreślić

.....
/podpis wnioskodawcy/

dnia

.....
/imię i nazwisko/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/PESEL/

**Do Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji
w Czarnieckiej Górze**

**Wniosek osoby bliskiej o udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadku
zmarłego pacjenta ***

Ja niżej podpisany

1. oświadczam, że jestem osobą bliską /małżonkiem, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta*/ pacjenta

.....
/imię i nazwisko pacjenta/

.....
/PESEL adres zamieszkania pacjenta/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

2. oświadczam, że istnieje/nie istnieje spór między osobami bliskimi wyżej wymienionego pacjenta.

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

3. oświadczam, że nie mam wiedzy/ mam wiedzę, że w/w pacjent sprzeciwił się udostępnieniu mi dokumentacji medycznej.

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

Powyższe oświadczenia składałem będąc świadomym/świadomą odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia, stosownie do treści przepisu art. 233 Kodeksu Karnego i wnoszę o wydanie mi /odpisu*/wyciągu*/kserokopii*/wydruku*/ uwierzytelnionej za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej pacjenta, informatycznego nośnika danych, skanu* sporządzonej w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej w okresie w zakresie (całości, części)

.....
/podpis wnioskodawcy/

*właściwe zaznaczyć

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór /odpisu*/wyciągu*/kserokopii*/wydruku*/ dokumentacji medycznej,
informatycznego nośnika danych, skanu*.

w dniu

.....
/podpis odbierającego/

*właściwe zaznaczyć