



## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:**

1. Dane Wnioskodawcy (pacjent, opiekun prawny, osoba upoważniona):

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ):

wniosek składa pacjent którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta. Jako przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta oświadczam, że dysponuję pełną, nieograniczoną władzą rodzicielską nad małoletnim pacjentem.

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

wnioskodawca jest osobą upoważnioną:

upoważnienie w dokumentacji medycznej

odrębne upoważnienie, stanowiące załącznik do niniejszego wniosku

4. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu):

.....

.....

w okresie (podać datę pobytu, konsultacji, badania): .....

.....

5. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący zakres (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ):

historia choroby

historia zdrowia i choroby (w poradniach)

karta informacyjna z leczenia szpitalnego

wyniki badań (podać jakie) .....

inne .....

6. Wnioskuje o (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ):

sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem

sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej



- sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej
  - wydanie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy, za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu
  - wydanie na informatycznym nośniku danych (płyta CD/ DVD)
  - sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu)
7. Dokumentacja wymieniona w pkt. 4 (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ☒)
- zostanie odebrana osobiście
  - proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1
  - proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej:  
na adres email: \_\_\_\_\_
8. Oświadczam, że:
- mam świadomość zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną
  - składając wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym w SPSZOZ „Zdroje” cennikiem.

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

**Pouczenie:**

1. Pacjent nie może żądać wydania oryginalnej dokumentacji medycznej lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów, za wyjątkiem żądania wydania zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy, wydawanego za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
2. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
3. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
4. W przypadku nie odebrania zleconej do przygotowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów na podstawie wystawionej faktury bez podpisu.
5. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” z siedzibą przy ul. Mącznej 4, 70-780 Szczecin, NIP: 955-14-89-094; REGON:000291411; tel. kontaktowy: 91 8806200; e-mail: szpital@szpital-zdroje.szczecin.pl. Pełna wersja obowiązku informacyjnego wynikająca z art. 13 ust. 1i2 dostępna jest na stronie www.szpital-zdroje.pl zakładka: Strefa Pacjenta/udostępnianie dokumentacji medycznej.

**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki /: .....

Imię i nazwisko pracownika: .....

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

Wnioskowaną dokumentację: (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ☒):

wysłano listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru: nr nadawczy: .....  
adres: ..... dnia: .....

odebrała osoba upoważniona

odebrano osobiście

Ja niżej podpisany(a) potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

.....  
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

Imię i nazwisko: .....

Rodzaj i nr dokumentu/lub nr PESEL.....

.....  
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)