



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### 1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYDANIE DOKUMENTACJI

(wypełnia: pacjent, jego przedstawiciel ustawowy np. rodzic małoletniego pacjenta lub inna osoba upoważniona przez pacjenta.)

Imię i nazwisko: .....

PESEL:

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

Adres zamieszkania\*/korespondencyjny<sup>1</sup>:

.....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko : .....

PESEL :

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

### 2. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W FORMIE:

( proszę zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

- Kopii, wydruku<sup>1</sup>.
- odpisu
- wyciągu
- do wglądu

### Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia:

- Nazwa oddziału / poradni / pracowni: .....
- Okres leczenia: .....
- Zakres dokumentacji (np. Karta informacyjna, protokół zabiegu, itp., całość dokumentacji):  
.....

### 3. WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
- PESEL

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

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Miejskim w Miastku Sp. z o.o.<sup>2</sup> pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
- 2) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....  
data , podpis wnioskodawcy

.....  
zgoda Kierownika podmiotu /osoby upoważnionej

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Cennik usług za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalony na podstawie Ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Pra Pacjenta oraz niektórych innych ustaw ( D.U. 26 kwietnia 2017 poz 836)



**4. POTWIERDZENIE WPLYWU:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: .....

.....  
Podpis pracownika przyjmującego wniosek

**5. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,<sup>3</sup>
  - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).
  - o Osoba bliska (dotyczy sytuacji kiedy nastąpił zgon pacjenta)

**Opłaty za udostępnienie/wydanie dokumentacji medycznej:**

- nie dotyczy (dokumentację udostępniono do wglądu\*/1 kopia\*)
- pobrano opłatę w wysokości..... za sporządzenie kolejnej kopii dokumentacji medycznej.
- pobrano opłatę związaną z usługą pocztową w wysokości .....

.....  
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację

**6. POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

Imię i Nazwisko : .....

PESEL osoby odbierającej

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

.....  
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację

Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Cennik usług za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalony na podstawie Ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw ( D.U. 26 kwietnia 2017 poz 836)

<sup>3</sup> W przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji wnioskuje osoba upoważniona, należy przedstawić pisemne upoważnienie podpisane przez pacjenta lub powołać się na upoważnienie udzielone przez pacjenta znajdujące się w dokumentacji medycznej szpitala.