

### I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### II. Osoba zgłaszająca wniosek jest:

*(proszę zaznaczyć właściwe)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pacjentem                        | <input type="checkbox"/> Przedstawicielem ustawowym Pacjenta |
| <input type="checkbox"/> Osobą upoważnioną przez Pacjenta | <input type="checkbox"/> Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta* |

### III. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### IV. Zakres wnioskowanej dokumentacji:

Dotyczy leczenia w *(proszę zaznaczyć właściwe)*:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni: .....
- okres leczenia: .....

### V. Sposób udostępnienia dokumentacji *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> do wglądu w siedzibie Szpitala                  | <input type="checkbox"/> poprzez sporządzenie kserokopii  |
| <input type="checkbox"/> poprzez sporządzenie wyciągu                    | <input type="checkbox"/> poprzez sporządzenie odpisu  |
| <input type="checkbox"/> poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych    | <input type="checkbox"/> poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres |
| <input type="checkbox"/> poprzez wypożyczenie oryginału**                |   |
| <input type="checkbox"/> proszę o poświadczenie za zgodność z oryginałem |   |

### VI. Sposób odbioru dokumentacji *(proszę zaznaczyć właściwe)*:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba pisemnie przeze mnie upoważniona.

*Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

.....  
miejsce, data

.....  
podpis wnioskodawcy

\* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

\*\* Szpital udostępnia oryginał dokumentacji medycznej: a) podmiotom uprawnionym, b) w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, c) w przypadku wniosku o udostępnienie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy

### **POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU**

Data: .....

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

Podpis pracownika: .....

### **POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

### **POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację