



Zawiercie, dnia .....

**DYREKTOR**

**Szpitala Powiatowego w Zawierciu**

**WNIOSEK**

**O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Dane Wnioskodawcy:

**Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego** .....

**Adres zamieszkania/siedziby** .....

**Numer dokumentu tożsamości/NIP** .....

**Numer telefonu kontaktowego** .....

**Dokumentacja medyczna dotyczy<sup>1</sup>:**

**Imię i Nazwisko oraz nr PESEL** .....

**Adres zamieszkania** .....

2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia:

**w Poradni/Oddziale/Pracowni:** .....

**za okres (od-do):** .....

**w zakresie (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):**

- Całość;
- Historia choroby;
- Karta informacyjna;
- Zapisy wizyt lekarskich;
- Wyniki badań .....
- Inne: .....

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

- Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem;
- Wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie Szpitala;
- Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej;
- Sporządzenie wydruku z dokumentacji medycznej;
- Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej;
- Wydanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- Wydanie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych;
- Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów).

<sup>1</sup> Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o dokumentację medyczną jako osoba upoważniona, osoba lub organ uprawniony na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub przedstawiciel ustawy/opiekun prawny.



**4. Wnioskowana dokumentacja (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):**

- zostanie odebrana przeze mnie osobiście;
- zostanie odebrana przez osobę upoważnioną wskazaną w dokumentacji medycznej tj.  
.....
- poprzez osobę upoważnioną, inną niż wskazaną w dokumentacji na podstawie:  
.....
- ma zostać przesłana za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1.

**5. Oświadczam, że o dokumentację w powyższym zakresie występuję (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):**

- pierwszy raz;
- kolejny raz.

**Zapoznałem/am się z obowiązującym w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu cennikiem kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej oraz klauzulą informacyjną RODO.**

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Potwierdzenie odbioru wniosku przez upoważnionego pracownika:**

.....  
(czytelny podpis pracownika)

**1. Wydano w dniu:**  
.....

**2. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:**

dowodu osobistego/paszportu nr .....

Pobrano opłatę w wysokości .....

za ..... stron dokumentacji.

**3. Wystawiono fakturę nr ..... z dnia.....**

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

**4. Wysłano listem poleconym: nr nadawczy ..... w dniu .....**

.....  
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)