



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTÓW

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_  
miejsceowość \_\_\_\_\_

### Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja

Imię i nazwisko: _____	PESEL																		
Adres: _____																			
nr telefonu kontaktowego: _____										e-mail: _____									

### Dane wnioskodawcy\*

*\* należy wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa osoba inna niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja*

Imię i nazwisko: _____	PESEL																		
Adres: _____																			
nr telefonu kontaktowego: _____										e-mail: _____									

*Należy wypełnić, gdy wniosek dotyczy dokumentacji pacjenta poniżej 18 roku życia lub osoby ubezwłasnowolnionej*

\_\_\_\_\_

*Czytelnie – imię i nazwisko Wnioskodawcy (Rodzica/Opiekuna prawnego/Przedstawiciela ustawowego)*

### Rodzaj dokumentacji

Dokumentacja dotyczy leczenia: *(zaznaczyć właściwą odpowiedź)*

- w Szpitalu;
- w Przychodni Przychodni.

Uwagi: \_\_\_\_\_

Wnoszę o: *(zaznaczyć właściwą odpowiedź)*

- wydanie kserokopii;
- umożliwienie wglądu do wyżej wymienionej dokumentacji medycznej;
- udostępnienie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych.

Jednocześnie zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentacji wg cennika Szpitala, na podstawie załączonej do przesyłki faktury VAT.

\_\_\_\_\_  
*Czytelny podpis Wnioskodawcy*

\* Cennik został ustalony na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i jest dostępny na stronie internetowej Szpitala



### Sposób odbioru dokumentacji

Dokumentację odbiorę (zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- osobiście;
- za pośrednictwem upoważnionej osoby;
- proszę o przesłanie dokumentacji pocztą.

\_\_\_\_\_

*Czytelny podpis Pacjenta/Wnioskodawcy*

Należy wypełnić, gdy Wnioskujący deklaruje odbiór dokumentacji za pośrednictwem upoważnionej osoby

Ja, niżej podpisana/ny, legitymująca/cy się dowodem osobistym (seria i numer) \_\_\_\_\_

upoważniam \_\_\_\_\_

legitymująca/cego się dowodem osobistym nr \_\_\_\_\_ wydanym przez \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ do odbioru kopii wyżej wymienionej dokumentacji medycznej.

\_\_\_\_\_

*Czytelny podpis Pacjenta/Wnioskodawcy*

**Dokumentację wydano** (zaznaczyć właściwą odpowiedź)

**Dokumentację otrzymałam / otrzymałem**

wnioskodawcy

osobie upoważnionej

wysłano pocztą

\_\_\_\_\_

*data*

\_\_\_\_\_

*podpis osoby wydającej*

\_\_\_\_\_

*data*

\_\_\_\_\_

*czytelny podpis osoby odbierającej*

Wypełniony wniosek należy przesłać listownie na adres Szpitala lub za pośrednictwem poczty elektronicznej  
[kancelaria@orsk.ump.edu.pl](mailto:kancelaria@orsk.ump.edu.pl)

### **Termin realizacji**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej jest realizowany bez zbędnej zwłoki.