

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (PACJENT, OSOBA UPOWAŻNIONA)

**1. Dane wnioskodawcy**

Imię i nazwisko (nazwa podmiotu uprawnionego).....

Adres zamieszkania / siedziby .....

Nr tel. ....

**2. Dokumentacja medyczna (zaznaczyć „X” we właściwym polu) dotyczy:**

- a)  wnioskodawcy,  
b)  osoby, której wnioskodawca jest przedstawicielem ustawowym/ prawnym opiekunem,  
c)  osoby, która wskazała wnioskodawcę w swej dokumentacji medycznej, jako uprawnionego do dostępu do informacji i dokumentacji medycznej,  
d)  osoby, która upoważniła wnioskodawcę do odbioru dokumentacji medycznej – upoważnienie/ pełnomocnictwo w załączeniu,

**3. Dane osoby, której dotyczy dokumentacja medyczna:**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL

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

**4. Do jakich celów wnioskowane jest wydanie dokumentacji?**

.....

**5. Wydanie dokumentacji obejmuje dokumentację (wypisać jaką, np.: historię choroby-szpital, historię zdrowia i choroby-poradnie, kartę informacyjną, badania RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografię komputerową, inną- jaką?):** .....

.....

.....

**6. Wnioskuje o wydanie oryginału dokumentacji medycznej określonej w pkt 5 znajdującej się w zasobach archiwalnych Szpitala, dotyczącej leczenia (należy podać nazwę oddziału, poradni, bądź Centr. Izby Przyj.):**

.....

.....

okres z jakiego dokumentacja ma być wydana: .....

**7. Dokumentacja, o którą wnioskuję: (zaznaczyć „x” we właściwym polu):**

- a)  zostanie odebrana osobiście  
b)  zostanie odebrana przez osobę upoważnioną – upoważnienie/ pełnomocnictwo w załączeniu

.....  
podpis wnioskodawcy**8. Informacje dodatkowe**

W przypadku zaznaczenia pola 2 d) oraz 7 b) wymagane jest pisemne upoważnienie.

Dokumentacja wydawana jest pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej bez zbędnej zwłoki.

**WYPEŁNIA SZPITAL**

**9. Adnotacja o wydaniu dokumentów**

Dowód tożsamości seria ..... nr .....

.....  
data i podpis osoby wydającej dokumentację

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Kwituję odbiór oryginałów żądanej dokumentacji medycznej nr .....

Zobowiązuję się do dokonania zwrotu dokumentacji medycznej osobiście w terminie do dnia:  
.....

.....  
podpis pacjenta,  
bądź osoby przez nią pisemnie upoważnionej

.....  
miejsowość i data

**10. Adnotacja o zwrocie dokumentów**

Potwierdzam zwrot oryginałów żądanej dokumentacji medycznej nr .....

.....  
data podpis pracownika Szpitala

**11. Uwagi**