



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Formularz  
F-1/IN-1/PP4Właściciel dokumentu:  
Kierownik Działu OrganizacjiAktualna edycja obowiązuje od: **21.12.2020**  
Data wprowadzenia: **02.01.2019**

Edycja 4

Poznań, dnia.....

- na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- na podstawie art. 15 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE
- na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

**Wniosek należy złożyć listownie lub osobiście w biurze archiwum medycznego lub w Biurze Obsługi Pacjenta.**

Imię i nazwisko		PESEL																		
Adres	ul. _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _ _ - _ _ _ , Miejscowość _____ Telefon _____																			
Rodzaj dokumentacji medycznej	Należy podać nazwisko lekarza prowadzącego, rodzaj i zakres dokumentacji, w przypadku hospitalizacji datę pobytu, którego dotyczy wniosek.																			
Sposób udostępnienia	<input type="checkbox"/> oryginał do wglądu na miejscu <input type="checkbox"/> wyciąg <input type="checkbox"/> odpis/kopia <input type="checkbox"/> wersja elektroniczna* na informatycznym nośniku danych  * w przypadku dokumentacji papierowej udostępnianej za pomocą formy elektronicznej doliczone zostaną koszty cyfrowego odwzorowania każdej strony dokumentu (skanu)																			

Wnoszę o sporządzenie i wydanie kserokopii wyżej wymienionej dokumentacji medycznej. Jednocześnie zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentacji wg obowiązującego Cennika opłat Centrum.

W przypadku zwolnienia z opłaty zobowiązuję się dostarczyć dokument potwierdzający fakt niepodlegania opłacie za udostępnienie (*np. pismo z Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności*).

W przypadku przesyłania dokumentacji pocztą kosztami przesyłki obciążony jest wnioskujący.

Dokumentację odbiorę (zaznaczyć właściwą odpowiedź):

- osobiście
- za pośrednictwem upoważnionej osoby
- proszę o przesłanie za pośrednictwem adresu e-mail podanego wcześniej w dokumentacji medycznej
- proszę o przesłanie dokumentacji pocztą

.....  
Podpis wnioskodawcy**Wypełnić, gdy wniosek dotyczy dokumentacji pacjenta poniżej 18 roku życia lub osoby ubezwłasnowolnionej!!!**.....  
Czytelnie – imię i nazwisko Wnioskodawcy – Rodzica/Opiekun prawny/Przedstawiciel ustawowy.....  
Podpis**Wypełnić, gdy Wnioskujący deklaruje odbiór dokumentacji za pośrednictwem upoważnionej osoby!!!**

Ja, niżej podpisana/ny, legitymująca/cy się dowodem osobistym numer \_\_\_\_\_ upoważniam Panią/Pana \_\_\_\_\_ legitymującą/cego się dowodem osobistym nr \_\_\_\_\_ wydanym przez \_\_\_\_\_ do odbioru kopii wyżej wymienionej dokumentacji medycznej.

.....  
Podpis wnioskodawcy**Koszty udostępnienia dokumentacji medycznej**

Liczba stron: \_\_\_\_\_

Koszt udostępnionej dokumentacji: \_\_\_\_\_

Koszt wysyłki: \_\_\_\_\_

.....  
Podpis pracownika DJ**Dokumentację wydano** (zaznaczyć właściwą odpowiedź)**Dokumentację otrzymałam / otrzymałem**

- Wnioskodawcy
- Osobie upoważnionej
- Wysłano pocztą
- Wysłano e-mail

.....  
Podpis osoby wydającej, data.....  
Podpis osoby odbierającej, data