

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII		
	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej		Formularz F-1/P-2/IM4
	Właściciel dokumentu: Manager ds. Organizacji	Aktualna edycja obowiązuje od: 02.01.2026 Data wprowadzenia: 02.01.2019	Strona 1 z 1 Edycja 5

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	☐ oryginał do wglądu na miejscu ☐ wyciąg ☐ odpis/kopia ☐ 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/Opiekuna prawnego/Przedstawiciela ustawowego 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										