



Piła, dnia .....

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem na odwrocie wniosku

*(WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI)*

### DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA

Imię i Nazwisko: ..... PESEL 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### DANE OSOBY WNOSKUJĄCEJ *(wypełnić w przypadku, gdy inna niż powyżej):*

Imię i Nazwisko: .....

Dane umożliwiające kontakt .....  
(np. adres do korespondencji, mail, telefon)

### TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI *(właściwe zaznaczyć):*

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy,
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta,
- wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta,
- wniosek składa osoba bliska po śmierci pacjenta.

### PROSZĘ O SPORZĄDZENIE I WYDANIE *(właściwe zaznaczyć):*

- kopii dokument wytworzony przez odzworowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo wydruku z wersji elektronicznej dokumentacji medycznej;
- odpisu dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem;
- wyciągu skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej
- PROSZĘ O WGLĄD DO NIŻEJ WYMIENIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

z leczenia w Oddziale / Poradni .....

### Rodzaj dokumentacji: *(właściwe zaznaczyć):*

- |                                   |   |  |                                       |
|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oddział: | <input type="checkbox"/> Historia choroby   | <input type="checkbox"/> Karta informacyjna        | <input type="checkbox"/> wyniki badań |
|                                   | <input type="checkbox"/> Karta znieczulenia | <input type="checkbox"/> Opis zabiegu operacyjnego |                                       |

---

|                                    |   |                                       |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poradnia: | <input type="checkbox"/> Historia zdrowia i choroby | <input type="checkbox"/> wyniki badań |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|

---

|                                       |                                   |                                       |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RTG/ TK/ RM: | <input type="checkbox"/> płyta CD | <input type="checkbox"/> opis badania |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|

Inna (jaka): .....

za okres od: ..... do .....

### Wnioskowaną dokumentację: *(właściwe zaznaczyć):*

- Odbiorę osobiście
- Proszę wysłać na adres pocztowy/email .....
- Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana: .....

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z **pouczeniem** na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej. Zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej

Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....  
*czytelny podpis wnioskodawcy*

# POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

.....  
Data udostępnienia dokumentacji

1. Tożsamość uprawnionej osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie

.....  
(podać nazwę dokumentu tożsamości ze zdjęciem)

2. Forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

- kopia,  
 wgląd,  
 wgląd z wykonaniem notatek ze str. ....  
 wgląd z wykonaniem zdjęcia ze str.: .....

3. Pobrano opłatę w wysokości ..... zł., nr paragonu .....z dnia.....\*

4. Wystawiono fakturę nr ..... z dnia .....\*

.....  
(Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

5. Wysłano listem poleconym nr nadawczy ..... dnia .....\*

.....  
(Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

\* - niepotrzebne skreślić

## POUCZENIE

1. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością Szpitala Specjalistycznego w Pile.
2. Szpital ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
  - a. pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
  - b. osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie (w historii choroby lub odrębnym upoważnieniu),
  - c. po śmierci pacjenta osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym, a także osobie bliskiej chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się pacjent za życia.
3. Podmiotom upoważnionym na podstawie art. 26, ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
  - a. do wglądu w szpitalu w obecności pracownika udostępniającego dokumentację w uzgodnionym terminie,
  - b. poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów i kopii,
  - c. poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów.
5. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym ochronę danych osobowych.
6. Zgoda na udostępnienie dokumentacji albo jej odmowa następuje na podstawie decyzji Dyrektora lub osoby przez niego upoważnionej.
7. W przypadku, gdy o wydanie dokumentacji medycznej występuje osoba inna niż wymieniona w tej dokumentacji, do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej podpisane przez upoważniającego.
8. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
9. Dokumentacja wydawana jest niezwłocznie.
10. Wysokość obowiązujących opłat ustala się w oparciu o art. 28 pkt 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, nie później niż w ciągu 2 tygodni od jego ukazania się.
11. Szczegółowe zasady udostępniania dokumentacji medycznej określa „Instrukcja w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej” opublikowana na stronie internetowej [www.szpitalpila.pl](http://www.szpitalpila.pl) w zakładce „Informacje dla pacjenta”.