



Podanie przyjęte drogą:

- osobiście  
 telefoniczną  
 mail

Nr wniosku/symbol pracownika:

.....  
(Wypełnia pracownik Szpitala)

### WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

#### DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

numer tel.: ..... e-mail\*: .....

adres: .....

(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miasto)

Wnioskodawca jest (\*właściwie zaznaczyć):

Pacjentem  Osobą upoważnioną przez Pacjenta  Przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym

Inną osobą uprawnioną (\*Poucza się, że po śmierci Pacjenta osoba bliska Pacjenta którą jest małżonek, ojciec/matka, dziadek/babcia, teść/teściowa, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z Pacjentem, ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, nawet jeżeli nie posiadała upoważnienia wydanego za życia Pacjenta. Jeżeli Wnioskodawca jest osobą bliską Pacjenta i występuje o dokumentację medyczną po śmierci pacjenta, należy wskazać relację z Pacjentem:

#### DANE PACJENTA (\*wypełnić, gdy wnioskodawcą nie jest pacjent):

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

Inne dane umożliwiające identyfikację: .....

(np. data urodzenia, dokument tożsamości, adres)

#### FORMA UDOSTĘPNIENIA:

wydruk  kopia  wyciąg  odpis  kopii na elektronicznym nośniku danych (płyta CD)

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

#### DOKUMENTACJA MEDYCZNA Z LECZENIA W:

Poradni : .....

Oddziale: .....

Wyniki badań laboratoryjnych : .....

W terminie: ..... Udostępnienie pierwszorazowe :  TAK  NIE

Uwagi: .....

w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej na rzecz pacjenta po raz pierwszy opłat za udostępnienie nie pobiera się, w pozostałych przypadkach pacjent zobowiązany jest do pokrycia kosztów zgodnie z cennikiem dostępnym na stronie <https://bieganski.org/pl/strefa/dokumentacja>

#### SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:

dokumentację odbiorę osobiście\* / przez osobę upoważnioną\* w siedzibie podmiotu leczniczego i upoważniam do jej odbioru ..... (imię i nazwisko), legitymującą się dowodem osobistym: ..... (seria i numer dowodu) \*(wypełnia pacjent którego dokumentacja dotyczy)

dokumentację proszę przestać listownie

(zgadzam się ponieść koszty udostępnienia dokumentacji medycznej i koszty przesyłki zgodnie z obowiązującym cennikiem Poczty Polskiej przesyłki za pobraniem ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru)

dokumentację proszę przestać na adres email (wysyłka szyfrowanego pliku po uprzedniej weryfikacji adresu email)

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dostępna jest w punkcie składania wniosków na tablicy informacyjnej oraz na stronie Szpitala: <https://bieganski.org/pl/polityka>.

Data i czytelny podpis wnioskodawcy: .....

**Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej**

.....

( data i podpis wnioskodawcy)

**Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej**

.....

(data i podpis pracownika Szpitala)