

**Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala  
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych  
w Bolesławcu**

**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
NA ZEWNĄTRZ SZPITALA**

**1. Dane Wnioskodawcy:**

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego

.....

.....

Adres

zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

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

Numer telefonu

kontaktowego.....

W wypadku składnia podmiotów uprawnionych prosimy wpisać NIP w miejscu nr PESEL

**2. Dokumentacja medyczna dotyczy<sup>1</sup>**

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL

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

**3. Do jakich celów wnioskowane jest udostępnianie dokumentacji**

.....

**4. Rodzaj dokumentacji medycznej** ( np. historia choroby, historia choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań- podać jakich, zdjęcie rentgenowskie, inne)

.....

**5. Wnioskuje o** ( zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu )

Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem

Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w siedzibie Szpitala.

Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.

Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.

Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu( tylko dla uprawnionych podmiotów).

**6. Dokumentacja wymienioną w pkt 4** ( zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu. )

zostanie odebrana osobiście;

proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

*Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów art. 28 w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.*

.....  
data i podpis wnioskodawcy

**Potwierdzam uprawnienie wnioskującego do uzyskania dokumentacji medycznej**

.....  
data i podpis Kierownika Sekcji Statystyki,  
Rozliczeń i Dokumentacji Medycznej

**Zezwalam na udostępnienie wyżej wymienionych akt**

.....  
(data i podpis Dyrektora/Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa)

<sup>1</sup> Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu

**Wydano:**

.....  
( data wydania dokumentu)

1. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczna stwierdzono na podstawie :

.....nr .....

( podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości .....za .....stron dokumentacji  
medycznej.

3. Wystawiono fakturę nr .....z dnia.....

.....  
( czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Wysłano listem poleconym nr nadawczy..... dnia.....

.....  
( czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)