



## Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. Emila Warmińskiego SPZOZ

ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz

Tel. 523709400, Fax. 523709460, e-mail: sekretariat@szpital.bydgoszcz.pl

Data.....

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

(należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

**1. Osoba występująca z wnioskiem\***

- pacjent, którego dokument dotyczy  
 osoba upoważniona przez pacjenta

- przedstawiciel ustawowy pacjenta  
 inna osoba występująca z wnioskiem

**2. Wnioskodawca**

Dane pacjenta	Dane osoby występującej z wnioskiem
Imię.....	(należy wypełnić wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)
Nazwisko.....	Imię.....
PESEL.....	Nazwisko.....
Nr ks.gł.....	PESEL.....
Adres.....	Adres.....
.....	.....
Nr tel. kontaktowego.....	Nr tel. kontaktowego.....

**3. Upoważniam do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej**

(wypełnia tylko pacjent, a upoważnienie dotyczy dokumentacji medycznej, o której mowa w niniejszym wniosku)

Imię i nazwisko.....

Pesel lub data urodzenia.....

Data ..... czytelny podpis pacjenta.....

**4. Rodzaj i zakres dokumentacji**

Nazwa komórki organizacyjnej, której dokumentacja dotyczy	Rodzaj dokumentacji medycznej	Zakres dokumentacji medycznej
(oddziału, poradni, izby przyjęć, pracowni)	(np. historia choroby, wypis, wynik badania RTG, TK, echo serca, inne)	(cała historia, data wizyty lub pobytu, data badania – proszę o wskazanie zakresu dat: od – do)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**5. Forma i sposób udostępnienia dokumentacji\***

<input type="checkbox"/> kopia/wydruk	<input type="checkbox"/> papierowa	<input type="checkbox"/> odbiór osobisty
<input type="checkbox"/> odpis	<input type="checkbox"/> na informatycznych nośnikach danych <b>tylko na żądanie uprawnionych organów/podmiotów</b>	<input type="checkbox"/> przez osobę upoważnioną
<input type="checkbox"/> wyciąg		<input type="checkbox"/> przesłanie pocztą na adres wskazany w pkt. 2
<input type="checkbox"/> oryginał		

**6. Dokumentacja ma być poświadczona za zgodność z oryginałem \***  Nie  Tak.....  
data złożenia wniosku i czytelny podpis osoby przyjmującej.....  
data i czytelny podpis wnioskodawcy

## 7. Potwierdzenie uprawnienia do uzyskania dokumentacji medycznej\*\*

Potwierdzam zgodność danych osobowych podanych we wniosku na stronie pierwszej z okazanym dokumentem tożsamości (ze zdjęciem) Nazwa i nr .....

### Potwierdzenie wydania dokumentacji\*

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu .....
- odebrana osobiście przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej
  - upoważnienie w niniejszym wniosku
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)

### Naliczono opłaty\*

- Nie
- Tak

Łączna kwota wynosi: .....zł (słownie.....zł)

### POTWIERDZENIE ODBIORU

Opłata za udostępnienie dokumentacji wynosi

Kopii/wydruku dokumentacji w wersji papierowej - liczba stron...../koszt  Nie  Tak /zł.....

Odpisu/wyciągu dokumentacji w wersji papierowej - liczba stron...../koszt  Nie  Tak /zł.....

Na informatycznym nośniku danych (płyta CD) - liczba sztuk...../koszt  Nie  Tak/zł.....

Oryginału dokumentacji (dotyczy dokumentacji przeznaczonej do zniszczenia) – liczba stron .....

Forma płatności:\*  Paragon  Faktura  Przelew  Nie dotyczy

Potwierdzenie płatności.....

.....  
data czytelny podpis osoby uprawnionej do wydania dokumentacji medycznej

Potwierdzam udostępnienie i odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem

.....  
data czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

\*właściwe zakreślić „X”

\*\* wypełnia uprawniony pracownik