

 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku	Załącznik	Numer PP 5.4.1
	Wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej	Wydanie nr 6 z dnia 29.01.2025 r.
		Strona 1 z 2

**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w KRAŚNIKU**



ul. Chopina 13
23-200 Kraśnik
NIP: 7151590090
REGON: 431181344

tel.: (0-81) 8251366
fax: (0-81) 8843209
e-mail: poczta@spzoz.krasnik.pl
www.spzoz.krasnik.p

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta

1. Imię i nazwisko pacjenta..... PESEL

Adres zamieszkania/zameldowania.....

2. Na podstawie art. 26 – 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023r. poz. 1545 z późn. zm.) wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej :

nazwa oddziału/poradni.....

okres leczenia.....

3. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwym miejscu):

- ☐ dokumentacja pobierana jest po raz pierwszy w żądanym zakresie
☐ dokumentacja pobierana jest kolejny raz

4. Forma udostępnienia (zaznaczyć X we właściwym miejscu):

- ☐ kserokopia dokumentacji medycznej poświadczona za zgodność z oryginałem
☐ skan za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych
☐ wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
☐ wgląd do dokumentacji medycznej
☐ oryginał za potwierdzeniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej lub sądów
☐ inne

5. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu):

- ☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
☐ wniosek składa pełnomocnik pacjenta
☐ wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta
☐ wniosek składa osoba bliska po śmierci pacjenta
☐ wniosek składa inna osoba (podmiot wskazany w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r.)

6.Odbiór dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwym miejscu):

 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku	Załącznik	Numer PP 5.4.1
	Wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej	Wydanie nr 6 z dnia 29.01.2025 r.
		Strona 2 z 2

- ☐ Odbiór osobisty przez pacjenta
- ☐ Odbiór osobisty przez rodzica/przedstawiciela ustawowego/osobę upoważnioną/pełnomocnika

.....

Imię i nazwisko oraz PESEL

- ☐ Przesyłka pocztowa na adres:

.....

Kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu

- ☐ Przesyłka za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

.....

adres e – mail

Pouczenie

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufność i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.) oraz, że pokryję w całości konieczny koszt wykonania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w ustawy, a także koszt ewentualnej przesyłki pocztowej.

.....

data i podpis pracownika

.....

data i czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczenie

Oświadczam, że posiadam władzę rodzicielską, nie jestem i nie byłem/am pozbawiony/a władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie została mi zawieszona ani ograniczona.

.....

data i czytelny podpis rodzica

Odbiór dokumentacji medycznej (wypełniane przy odbiorze osobistym)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie:

.....

rodzaj dokumentu ze zdjęciem, seria i numer

Naliczono opłatę w wysokości zł za stron.

.....

data i podpis pracownika

.....

data i czytelny podpis wnioskodawcy