



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### 1. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

.....

PESEL

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

Dokument identyfikujący tożsamość .....

Telefon kontaktowy .....

### 2. Dane osobowe pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

.....

PESEL

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

### 3. Wskazanie przeznaczenia dla udostępnienia dokumentacji medycznej

Związanych z kontynuacją leczenia

Innych celów, nie związanych z kontynuacją leczenia

### 4. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie kopii

lub innej .....

### 5. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia

w Oddziale/Poradni .....

za okres .....

## 6. Zakres żądanych informacji

- całość dokumentacji       historia choroby       karta informacyjna  
 wyniki badań       płyta CD (RTG/TK/MR/USG)       opis badania z płyty CD

inne .....

## 7. Sposób odbioru dokumentacji medycznej

- Odbiorę osobiście  
 Odbierze osoba upoważniona, wskazana w dokumentacji medycznej  
 Odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku  
 Odbierze osoba, której dotyczy dokumentacja medyczna

Składając wniosek, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzenia ww. formy dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w WSzS. im. NMP w Częstochowie.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu udostępnienia dokumentacji medycznej. WSzS im. NMP zapewnia prawo dostępu do zebranych danych każdej osobie, której dane dotyczą oraz zapewnia prawo do sprostowania danych osobowych.**

.....  
data i czytelny podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA

Lp. wniosku z Rejestru udostępniania dokumentacji medycznej			
<b>Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną została stwierdzona na podstawie</b>			
..... <i>(wskazać dokument identyfikujący tożsamość)</i>		..... <i>(wskazać nr/serię dokumentu)</i>	
Ilość stron dokumentacji medycznej:		Wniesiono opłatę w wysokości:	
<b>Data i czytelny podpis osoby odbierającej</b>		<b>Data, podpis i pieczęć pracownika wydającego</b>	