

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

*(należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami: przy odpowiedniej pozycji zakreślić kratkę znakiem „x”)*

### Część I. wniosku do wypełnienia przez osobę występującą z wnioskiem

#### I. Osoba występująca z wnioskiem

- pacjent, którego dokumentacja dotyczy       przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny pacjenta  
 osoba upoważniona przez pacjenta       osoba bliska pacjenta, tj. ....  
 inne, tj. ....

#### II. Wnioskodawca

Dane pacjenta:	Dane osoby występującej z wnioskiem:
Imię i nazwisko: .....	<i>(należy wypełnić wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.)</i> Imię i nazwisko .....
PESEL .....	PESEL .....
Inne dane umożliwiające identyfikację <i>(np. data urodzenia, imiona rodziców, dokument tożsamości)</i> .....	Adres .....
Nr tel. kontaktowego .....	Nr tel. kontaktowego .....

#### III. Szczegóły dokumentacji medycznej

##### 1) miejsce oraz czas udzielania świadczeń zdrowotnych:

- nazwa jednostki/komórki organizacyjnej:  
 .....  
 termin udzielania świadczeń zdrowotnych: od dnia: ..... do dnia: .....

##### 2) rodzaj dokumentacji:

- historia choroby    karta informacyjna    płyta CD z badaniem RTG/TK/MR  
 inna dokumentacja medyczna: .....

##### 3) tryb/forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

- wgląd do oryginału    wyciąg    odpis    kopia  
 wydruk    na informatycznym nośniku danych (płyta CD)    inne.....

##### 4) sposób odbioru:

- odbiór osobisty – płatność przy odbiorze    przesyłką na adres ..... – przesyłka za pobraniem ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru, z adnotacją do rąk własnych.

#### IV. Oświadczenia

- 1) Oświadczam, że akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża Podmiotu leczniczego. Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 581, z późn. zm.).
- 2) Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
- 3) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez pracownika Podmiotu leczniczego o wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do ich zapłaty.

.....  
(data złożenia wniosku i podpis osoby przyjmującej)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

#### V. Dodatkowe informacje

- Czy wnioskowana dokumentacja jest udostępniana po raz pierwszy w żądanym zakresie?  TAK       NIE  
 Czy wnioskowana dokumentacja ma być wykorzystana w sprawach przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych?       TAK       NIE

## Część II. wniosku do wypełnienia przez pracownika Podmiotu leczniczego

Oznaczenie wniosku - Nr wniosku ...../.....

### 1. Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej

- zgoda na udostępnienie  
 odmowa udostępnienia z powodu:.....

.....  
*(data i podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji)*

### 2. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej Pani/Panu:

.....  
*(imię i nazwisko)*

**Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej\*:**

.....  
*(data i podpis osoby wydającej dokumentację)*

**Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej\*:**

.....  
*(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)*

**\* jeśli dotyczy – należy uzupełnić w przypadku, gdy dokumentacja nie jest wysyłana.**

- 1) liczba udostępnionych stron.....  
2) liczba płyt CD.....  
3) wniesiono opłatę w wysokości .....  
4) dokumentacja poświadczona za zgodność z oryginałem  Tak  Nie

- 1) Dokumentację medyczną wysłano w dniu\*\* .....  
2) Odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej wysłano w dniu\*\* .....

.....  
*(data i podpis osoby wysyłającej)*

**\* jeśli dotyczy – należy uzupełnić w przypadku, gdy dokumentacja jest wysyłana.**