



**Dotyczy:**  
Wszystkie Komórki Organizacyjne

Załącznik nr 1 Procedury postępowania  
z dokumentacją medyczną  
Wniosek o wydanie (udostępnienie) dokumentacji medycznej  
znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala

Wydanie: 3

Data wydania: 16.08.2023r.

Ilość stron: 2

### Wniosek o wydanie (udostępnienie) dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala

dotyczącej:

- Mojej osoby
- Osoby, której jestem prawnym opiekunem
- Posiadam upoważnienie (w załączeniu)\*

I. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :

Imię i Nazwisko Pacjenta:..... PESEL: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania:..... Numer tel.:.....

Adres e-mail:.....

II. DANE WNIOSKODAWCY (wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa opiekun prawny lub osoba upoważniona przez pacjenta):

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

Adres ..... tel.:.....

III. Rodzaj udostępnianej dokumentacji/nazwa dokumentu: (**zaznacz potrzebną dokumentację**)

**Kartoteka z poradni:**       Reumatologicznej    Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Zakres dokumentacji :  całość    1 wizyta:.....    z lat:.....

Inne: .....

**Karta Informacyjna z pobytu na oddziale:**

Reumatologii                       Rehabilitacji                       Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej


Data pobytu na oddziale: .....

Diagnostyka obrazowa ( zaznaczyć odpowiednie) :

- Płyta CD z badaniem RTG
- Płyta CD z badaniem RM

IV. Sposób udostępnienia dokumentacji(zaznaczyć odpowiednie):

- Odbiór osobisty
- Przesłanie na adres domowy wnioskodawcy
- Przesłanie skanu dokumentacji drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail:.....

 Centrum Reumatologii Sp. z o.o.	DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA	
	ISO 9001:2015	ISO/IEC 27001:2017
<b>Dotyczy:</b> Wszystkie Komórki Organizacyjne	<b>Załącznik nr 1 Procedury postępowania z dokumentacją medyczną</b> <b>Wniosek o wydanie (udostępnienie) dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala</b>	Wydanie: 3
		Data wydania: 16.08.2023r.
		Ilość stron: 2

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zobowiązuje się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum Reumatologii Sp. z o.o.,
- 2) pokryje koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
- 3) w przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii,
- 4) wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu
- 5) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów wskazanych w niniejszym wniosku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

data i podpis wnioskodawcy .....

=====

**V. POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU** (uzupełnia pracownik udostępniający dokumentację):

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki: .....

data i podpis wydającego .....

**VI. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI** (uzupełnia pracownik udostępniający dokumentację):

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....,
- wysłaną pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail wnioskodawcy w dniu .....,
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta,
- upoważnienie w dokumentacji medycznej,
- odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczona kwota do zapłaty: .....zł (słownie:.....)

data i podpis wydającego .....

**VII. POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI** (uzupełnić w przypadku odbioru osobistego):

Niniejszym potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

data i podpis wnioskodawcy .....

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
(rodzaj i numer dokumentu)

data i podpis wydającego: .....