

# WNIOSEK UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSOBOM FIZYCZNYM

Elbląg, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko osoby wnioskującej)

.....  
(adres)

.....  
(telefon kontaktowy)

**DO DYREKCJI WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W ELBLĄGU**  
**UL. KRÓLEWIECKA 146**  
**82-300 ELBLĄG**

## I. Zwracam się z wnioskiem o:

- udostępnienie na zewnątrz dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu, kopii, wyciągu, odpisu, kopii na elektronicznym nośniku danych lub radiogramu\*
- wydanie oryginału dokumentacji medycznej\*
- wglądu w dokumentację medyczną, w przypadku śmierci pacjenta\*

.....  
(dane osoby, której dokumentacja dotyczy: imię i nazwisko, Nr PESEL/data urodzenia, data i miejsce udzielenia świadczenia)

.....  
(wpisać rodzaj dokumentacji: np. historia choroby, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wypis z leczenia ambulatoryjnego, karta przebiegu ciąży, skierowanie do szpitala, skierowanie na badania diagnostyczne i konsultacje lekarskie)

.....  
(określić rodzaj uprawnienia [przedstawicielstwo ustawowe, upoważnienie], jeżeli dokumentacja nie dotyczy wnioskodawcy)

którą odbiorę .....  
(wpisać formę odbioru np. odbiorę osobiście lub za pośrednictwem poczty)

Poniosę koszty wykonania: wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej, wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych lub radiogramu\* w wysokości obliczonej na podstawie art. 28 ust. 1 i ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 roku, Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) oraz w sytuacji przekazania dokumentów za pośrednictwem poczty dodatkowo koszt przesyłki.

.....  
(własnoręczny podpis)

**II.** Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody\* .....  
(podpis Dyrektora Naczelnego/Dyrektora ds. Lecznictwa)

**III.** Odebrałam/em wyciąg, odpis, kserokopię, radiogram w/w dokumentacji \* .....

Dokonałam/em wglądu w w/w dokumentację\* ..... (liczba stron) (Historia Choroby L. ks. głównej)

Odebrałam/em oryginał dokumentacji medycznej i jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu, niezwłocznie po jej wykorzystaniu\*.

.....  
(data) (imię i nazwisko) (seria i numer dokumentu tożsamości)

.....  
(własnoręczny podpis)

\* właściwe podkreślić