



## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentów

PP 4

Nr wniosku ...../F11/.....

Poznań, dnia .....

### Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Nr telefonu kontaktowego \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Dane wnioskodawcy\*

\* należy wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa osoba inna niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

#### WNIOSKUJĄCY:

Przedstawiciel ustawowy  
pacjenta

Osoba upoważniona przez  
pacjenta

Uprawniona instytucja/organ

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Nr telefonu kontaktowego \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Rodzaj dokumentacji

Dokumentacja dotyczy leczenia:

w Szpitalu,  
termin pobytu/Nr Księgi Głównej .....

w Przychodni Przyszpitalnej,  
termin wizyty/czas leczenia w poradni .....

inne: .....

Uwagi:

#### Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

do wglądu

przez sporządzenie jej kopii/wydruku

za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

na informatycznym nośniku danych

przez sporządzenie jej wyciągu/odpisu

inna forma udostępniania dokumentacji medycznej<sup>1</sup> .....

<sup>1</sup> Pozostałe formy określone w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.



## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentów

PP 4

### Sposób odbioru dokumentacji

Dokumentację odbiorę (zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- osobiście
- za pośrednictwem upoważnionej osoby
- proszę o przesłanie dokumentacji pocztą na adres .....  
.....Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów ewentualnej przesyłki
- proszę o przesłanie pocztą elektroniczną na adres (czytelnie) .....

.....  
Czytelny podpis pacjenta/wnioskodawcy

**Uwaga!** Dokumentacja jest udostępniana przez szpital po uiszczeniu przez wnioskującego opłaty

\* Informujemy, iż cennik został ustalony na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i dostępny jest na stronie internetowej Szpitala

### !!! Wypełnić, gdy Wnioskujący deklaruje odbiór dokumentacji za pośrednictwem upoważnionej osoby

Ja, niżej podpisana/ny, \_\_\_\_\_  
upoważniam \_\_\_\_\_  
legitymującą/cego się dowodem osobistym/ paszportem nr \_\_\_\_\_ wydanym  
przez \_\_\_\_\_ do odbioru kopii wyżej wymienionej dokumentacji medycznej.

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy

Dokumentacje udostępniono dnia.....(zaznaczyć właściwą odpowiedź w każdej z poniższych rubryk)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu pacjenta | <input type="checkbox"/> odbiór osobisty                                     |
| <input type="checkbox"/> osobie upoważnionej                              | <input type="checkbox"/> do wglądu   |
| <input type="checkbox"/> uprawnionej instytucji/uprawnionemu organowi     | <input type="checkbox"/> wysłano pocztą/kurierem                             |
| .....   | <input type="checkbox"/> za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej |

.....  
Podpis osoby wydającej, data

.....  
(jeśli dotyczy) Czytelny podpis osoby odbierającej, data

**Wypełniony Wniosek należy złożyć osobiście w Sekcji Ruchu Chorych, wysłać na adres dokumentacja@gpsk.ump.edu.pl lub wysłać na adres Szpitala.**

### Termin realizacji

**Wniosek o dokumentacji medycznej winien być zrealizowany bez zbędnej zwłoki.**

**Udostępnianiem dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów szpitala zajmuje się Sekcja Ruchu Chorych (nr tel. 61 8419 268, - 217, - 469), Budynek G, piętro 5**