



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Załącznik nr 2 do Procedury postępowania z dokumentacją medyczną

**Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:**

1. Dane Wnioskodawcy (pacjent, opiekun prawny, osoba upoważniona):

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL

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

3. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu · ):

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta. Jako przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta oświadczam, że dysponuję pełną, nieograniczoną władzą rodzicielską nad małoletnim pacjentem.

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

wnioskodawca jest osobą upoważnioną:

upoważnienie w dokumentacji medycznej

odrębne upoważnienie, stanowiące załącznik do niniejszego wniosku

4. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (proszę podać nazwę poradni, pracowni, itp. oraz datę z jakiego okresu ma być udostępniona dokumentacja medyczna):

5. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący zakres (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu · ):

historia choroby

inne .....

6. Wnoszę o (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu · ):

poprzez sporządzenie wydruku z systemu informatycznego;

inne formy (jaka): .....

7. Dokumentacja wymieniona w pkt. 4 (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu · )

zostanie odebrana osobiście

proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres email: \_\_\_\_\_ Jednocześnie oświadczam, że mam świadomość zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną.

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

### Pouczenie:

- Osoba uprawniona ma wgląd do dokumentacji medycznej wyłącznie w siedzibie, z zapewnieniem możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć, w obecności osoby upoważnionej z ramienia UKS PUM Sp. z o.o., w warunkach gwarantujących pełną dyskrecję i ochronę przed dostępem do dokumentacji osób nieupoważnionych.
- Osoba przeglądająca dokumentację medyczną nie ma możliwości wyniesienia jej poza przeznaczone do tego celu pomieszczenie.
- Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
- Administratorem danych osobowych jest Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna PUM Sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinie, Aleja Powstańców Wielkopolskich 72 budynek 18, reprezentowana przez Prezesa Zarządu. Pełna informacja dostępna jest na stronie [www.ukspum.pl](http://www.ukspum.pl) w zakładce ochrona danych osobowych i prywatności/udostępnianie dokumentacji medycznej.

## **ADNOTACJE URZĘDOWE**

### **POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data i pieczęć wpływu: ..... Przewidywany termin udostępnienia: .....

Imię i nazwisko osoby przyjmującej wniosek: .....

---

### **POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ [w tym odpowiednio]:**

1. Wnioskowaną dokumentację:

- wysłano drogą elektroniczną na wskazany adres email: .....,lub
  - wysłano listem poleconym, ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru: nr nadawczy: .....  
adres:.....dnia...../lub
  - odebrała osoba upoważniona/lub
  - odebrano osobiście.
- 

2. Dokumentacja medyczna została udostępniana do wglądu w dniu ..... w obecności lekarza prowadzącego lub innej osoby upoważnionej:.....  
/Imię i nazwisko osoby uprawnionej/

W trakcie udostępnienia zapewniono osobie wnioskującej możliwość robienia zdjęć i notatek. Osoba wnioskująca:

- robiła zdjęcia (proszę dookreślić, np. nr stron, nazwę dokumentu, itp.) .....
  - robiła notatki (proszę dookreślić, np. nr stron, nazwę dokumentu, itp.) .....
  - nie dokonywała ww. czynności.
- 

3. Ja niżej podpisany(a) potwierdzam udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....  
(data i czytelny podpis osoby)

Tożsamość osoby odbierającej/dokonującej wglądu dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

Imię i nazwisko: .....

Rodzaj i nr dokumentu/lub nr PESEL .....

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