

**DANE WNIOSKODAWCY**

imię i nazwisko .....

PESEL .....

nr dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL) .....

adres zamieszkania.....

nr telefonu.....

Ew. adres e-mail.....

**PRZYKŁADOWY WNIOSK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/ ODPISU  
KSIĄŻECZKI ZDROWIA DZIECKA\***

Działając:  w imieniu własnym lub jako:  rodzic,  inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy

opiekun prawny  opiekun faktyczny  osoba upoważniona  wniosek ustny \*

zwracam się z uprzejmą prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

.....  
.....

*(Imię i nazwisko, PESEL (w przypadku braku - data urodzenia) pacjenta, którego dokumentacja dotyczy)*

Z leczenia szpitalnego / ambulatorium / badania obrazowe - np: RTG, USG)poprzez\* :

- Sporządzenie kserokopii dokumentacji.
- Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem.
- Wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie Szpitala.
- Sporządzenie wyciągu\*\* z dokumentacji medycznej.
- Sporządzenie odpisów\*\*\* dokumentacji medycznej.
- Wydanie oryginału dokumentacji medycznej, za pokwitowaniem, z zastrzeżeniem jej zwrotu
- Sporządzenie kopii na informatycznym nośniku danych\*\*\*\* ( w miarę możliwości organizacyjnych szpitala).

Kopię dokumentacji medycznej odbiorę:\*

osobiście

upoważniam.....

*(Imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)*

proszę przesłać na podany e-mail.....(w miarę możliwości organizacyjnych Szpitala

proszę przesłać na adres .....

za zwrotnym potwierdzeniem odbioru uwzględniając koszt wykonania kopii/odpisu/wypis/ wydruku/ na informatycznym nośniku danych oraz koszty przesyłki, zgodnie z obowiązującym cennikiem Poczty Polskiej (za potwierdzeniem odbioru, na koszt odbiorcy).

## Załącznik nr 1 do Regulaminu Archiwum Dokumentacji Medycznej

---

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji zgodnie z Dz.U. z 2016 r poz. 186 oraz z cennikiem aktualnie obowiązującym w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny SPZOZ, 02-544 Warszawa, ul. A.J. Madalińskiego 25

.....

(Data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....

(Data i podpis osoby wnioskującej)

### **Akceptacja wniosku/ Brak akceptacji\*:**

Data i podpis Lekarza Kierującego Oddziałem/ osoby upoważnionej.....

*(Dotyczy dokumentacji bieżącej)*

Data i podpis Kierownika DDMSiKzNFZ/ osoby upoważnionej.....

*(Dotyczy dokumentacji archiwalnej)*

W przypadku braku akceptacji wnioskodawca otrzymuje pisemne uzasadnienie odmowy:

.....

*(Data i podpis osoby przygotowującej dokumentację)*

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej .....

*(Data i podpis)*

\*właściwe podkreślić lub zaznaczyć

\*\* Wyciąg z oryginału dokumentacji, czyli przepisany fragment tekstu, „skrótowy tekst zawierający najważniejsze dane z większej całości”

\*\*\* Odpis - sporządzone dowolną techniką odwzorowanie oryginału dokumentacji. Odpis to kopia lub przepisany tekst oryginalnego dokumentu. („Dokumentacja medyczna” XYZ)

\*\*\*\* Informatyczny nośnik danych - materiał lub urządzenie służące do zapisywania, przechowywania i odczytywania danych w postaci cyfrowej (Art. 3 pkt. 1 ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne)