

Parczew dn.....

**Dyrektor  
SP ZOZ w Parczewie****Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej nr ....**

## 1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL

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

Nr telefonu kontaktowego.....

Adres e-mail .....

## 2. Dokumentacja medyczna dotyczy\*

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL

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

## 3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu)

.....

## 4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań - podać jakich, inna).

.....

.....

## 5. Wnioskuje o\*\*:

- wydanie wyciągu / odpisu / wydruku / kopii (kserokopii / skanu / na informatycznym nośniku danych) dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ w Parczewie,
- wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, gdyż zwłoka w wydaniu dokumentacji może spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,
- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia w siedzibie SPZOZ w Parczewie.

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 4\*\*

a) odbiorę osobiście,

b) proszę udostępnić osobie upoważnionej przeze mnie na piśmie,

c) proszę przesłać listem poleconym za potwierdzeniem odbioru i jednocześnie obciążyć mnie dodatkowo kosztami wysyłki wg obowiązującego cennika dostawcy usług pocztowych SPZOZ w Parczewie,

d) proszę przesłać za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres jak w pkt 1 spakowaną w formacie .zip kopię dokumentacji medycznej zabezpieczoną hasłem. Hasło otrzymam pod numerem telefonu: 83 355 21 83 (pn-pt, 7:35-15:00).

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na udostępnienie mojej dokumentacji medycznej (dotyczy pacjenta w wieku od 16 do 18 rż, który nie jest wnioskodawcą).

.....  
(czytelny podpis pacjenta)

Wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....  
(podpis Dyrektora SP ZOZ w Parczewie  
lub osoby upoważnionej)

\* - wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji z upoważnienia pacjenta lub jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub na podst. art. 26 ust. 3 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

\*\* - właściwe podkreślić