

**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**I CZĘŚĆ:**

**1. Dane Wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: ..... e-mail: .....

**2. Treść żądania wniosku:**

Na podstawie art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu NZOZ Centrum Medyczne Zjednoczenia Sp. Z o.o.

.....  
.....  
.....  
.....

(Określić rodzaj dokumentacji oraz zakres)

**3. Oświadczam, że niniejszym wnioskuje o wydanie mi:**

- a. pierwszej kopii/odpisu/wyciągu wskazanej dokumentacji, kolejnej kopii/odpisu/wyciągu wskazanych dokumentacji.<sup>1</sup>

W przypadku wnioskowania o wydanie kolejnej kopii/odpisów/wyciągów dokumentacji medycznej:

Wnioskodawca oświadcza, iż zobowiązuje się do poniesienia kosztów administracyjnych wydania kopii danych osobowych, zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ Centrum Medyczne Zjednoczenia Sp. Z o.o.

- b. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu;  
c. Umożliwienie wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

**4. \*\*Kopię przetwarzanych danych osobowych:**

- odbiorę osobiście  
 proszę wysłać pocztą tradycyjną na adres:

.....

- proszę wysłać pocztą elektroniczną na e-mail wskazany we wniosku,

- odbierze osoba upoważniona: imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

.....  
**podpis wnioskodawcy**

<sup>1</sup> W przypadku wnioskowania o wydanie kolejnych kopii/odpisów/wyciągów tej samej dokumentacji Spółka ma prawo do pobrania opłaty wynikającej z art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

<sup>2</sup> Dotyczy wydania kolejnych kopii/odpisów/wyciągów dokumentacji wnioskowanej w tym samym zakresie

---

**II CZĘŚĆ - POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki - kopii/odpisu/wyciągu/oryginału dokumentacji:

.....

.....

Podpis pracownika

---

**III CZĘŚĆ:**

**POTWIERDZENIE WYDANIA KOPII/ODPISU/WYCIĄGU/ORYGINAŁU DANYCH OSOBOWYCH:**

- wysłano pocztą tradycyjną na wskazany adres w dniu: .....
- odebrano osobiście przez Wnioskodawcę,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez Wnioskodawcę:
- upoważnienie w dokumentacji medycznej,
- upoważnienie w niniejszym wniosku,
- odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

1. Naliczono opłaty w wysokości: ..... ; <sup>2</sup>

2. Pobrano opłatę w wysokości : .....

.....

data i podpis pracownika wydającego

---

**IV CZĘŚĆ:**

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej kopii/odpisu/wyciągu/oryginału dokumentacji medycznej.

.....

data i podpis osoby odbierającej

---

**V CZĘŚĆ:**

Tożsamość Wnioskodawcy/Osoby upoważnionej do odebrania kopii/wyciągu/odpisu/oryginału stwierdzono na podstawie:  
(numer oraz seria dowodu osobistego)

Legitymujący się numerem PESEL: .....

.....

data i podpis pracownika wydającego

<sup>2</sup> Dotyczy wydania kolejnych kopii/odpisów/wyciągów dokumentacji wnioskowanej w tym samym zakresie