

.....  
 Imię i nazwisko osoby wnioskującej



.....  
 Adres zamieszkania

.....  
 PESEL (jeżeli wnioskodawcą jest pacjent)

Telefon: .....

### **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

.....  
 (imię i nazwisko, PESEL – uzupełnić, gdy wnioskodawcą nie jest pacjent)

.....  
 (z kliniki/oddziału/zakładu/poradni)

dotyczącej okresu: .....

#### **w zakresie:**

- Karty informacyjnej (wypisu)                       Pełnej historii choroby  
 Wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej tj.:

- 1) .....  
 2) .....  
 3) .....

Proszę o udostępnienie wskazanej dokumentacji medycznej:

- w formie kopii/wydruku z systemu;  
 na elektronicznym nośniku danych (płyta CD);  
 na wskazany adres e-mail: .....;  
 inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej (np. do wglądu):  
 .....

Wnioskowaną dokumentację:

- Odbiorę osobiście;  
 Proszę przesłać za pośrednictwem operatora pocztowego listem poleconym za potwierdzeniem odbioru, na wskazany adres:  
 .....

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (z późn. zm.), w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochronę danych osobowych.
2. W przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji medycznej Pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od Pacjenta, które należy dołączyć do wniosku.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z obowiązującym cennikiem opłat i wyrażam zgodę na poniesienie kosztów za udostępnienie dokumentacji medycznej. Aktualny cennik dostępny jest w siedzibie szpitala (archiwum, Zespół Poradni Specjalistycznych - magazyn kartotek i Rejestracja Poradni Pediatrycznych) oraz na stronie internetowej szpitala: [www.jurasza.umk.pl](http://www.jurasza.umk.pl)
4. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, zgodnie z obowiązującym prawem. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest na stronie internetowej szpitala [www.jurasza.umk.pl/rodo](http://www.jurasza.umk.pl/rodo)

.....  
 Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Uwagi:

Zastrzegam wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości jest zabronione.