



**Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**ul. Klasztorna 6, 28-400 Pińczów**

NIP: 662 14 55 148 REGON: 290403871 KRS: 0000009330  
Tel: Sekretariat: 41 357 24 94 e-mail [sekretariat@szozpinczow.pl](mailto:sekretariat@szozpinczow.pl) [www.szozpinczow.pl](http://www.szozpinczow.pl)

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: ..... Email: .....

Adres skrzynki ePUAP: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Status prawny w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej\*:

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy,  wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta,  wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta.

### Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej\*:

do wglądu,  sporządzenie wyciągu,  odpisu,  kopii,  wydruku,  za pomocą środków komunikacji elektronicznej,  kopii na informatycznym nośniku danych

za okres: .....

Wnioskowaną dokumentację\*:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

.....

.....

miejsowość, data

podpis wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: .....

Podpis pracownika: .....

**POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI**

Dokumentację medyczną udostępniono w:

do wglądu

sporządzono wyciąg,

odpisu

kopię,

wydruk,

za pomocą środków komunikacji elektronicznej tj. ....

kopii na informatycznym nośniku danych

\*- zaznacz pole wyboru

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....

data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

*(rodzaj i numer dokumentu)*

.....

.....

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

*Zobowiązuje się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z późn. zm.,*