	Grupa EMC	<b>Standard:</b> Prawa Pacjentem PP 4
	Szpital Św. Rocha w Ozimku	
	Załącznik 1 do PP/1-4/2019	<b>Data wydania 22.08.2019</b>
	FA-26 Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	<b>Nr wydania 7</b>

Wnioskodawca: ....., dnia .....20.....r.

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

(imię i nazwisko, dokładny adres zamieszkania i telefon kontaktowy)

Szpital Św. Rocha w Ozimku  
ul. Czeszochowska 31  
46-040 Ozimek

### WNIOSEK PACJENTA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta sporządzonej w Szpitalu Św. Rocha w Ozimku dotyczącej Pana/Pani \*.....  
posiadającego numer PESEL/urodzonego dnia (w przypadku braku PESEL)\*:.....  
w zakresie (rodzaj dokumentacji medycznej, okres wykonywania świadczeń): .....

Poprzez:

- wgląd w siedzibie Szpitala i proponuję termin wglądu na dzień ..... 20.....r.;
- sporządzenie jej kopii/wyciągu/odpisu\*;
- sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego na informatycznym nośniku danych/ do udostępnienia za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej\*

Dokumentację medyczną

- odbiorę osobiście
- upoważniam do odbioru\*\*

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr PESEL lub rodzaj i nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

- proszę przesłać listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na adres\*\*

Ulica..... nr domu..... nr lokalu.....


Miejscowość:..... kod pocztowy:.....

- proszę przesłać drogą elektroniczną na adres e-mail:.....

*Oświadczam, iż ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów wykonania powyższej dokumentacji stosownie do: ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. 159 z późn. zm.) zgodnie z obowiązującym cennikiem EMC Instytut Medyczny S.A. a w przypadku wysyłki pocztą także pokrycia kosztów przesyłki.*

.....  
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić \*\* tylko w przypadku kiedy wnioskującym jest pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy

	Grupa EMC	<b>Standard:</b> <b>Prawa Pacjentem PP 4</b>
	Szpital Św. Rocha w Ozimku	
	Zał.1 do PP/1-4/2019	<b>Data wydania 22.08.2019</b>
	FA-26 Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	<b>Nr wydania 7</b>

Stwierdzam, że wnioskodawca jest upoważniony do udostępnienia mu w/w dokumentacji medycznej.

.....  
(czytelny podpis upoważnionego pracownika)

---

## UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI

---

Tożsamość osoby odbierającej w/w dokumentacji medycznej /uzyskującej\* wgląd do w/w dokumentacji medycznej\* została potwierdzona na podstawie:.....

Dokumentację udostępniono w dniu:.....

.....  
(czytelny podpis upoważnionego pracownika)

---