

	Grupa EMC EMC Silesia sp. z o.o. NZOZ Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach	Standard: PP
	Załącznik nr 2 do PP/5-3/2025	
	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	Data wydania 11.06.2025 Nr wydania: 2
<i>Niniejszy dokument jest własnością EMC Silesia sp. z o.o.. Osoba posiadająca niniejszy egzemplarz ponosi pełną odpowiedzialność za jego przechowywanie. Powielanie – częściowo lub w całości oraz dalsze przekazywanie bez zgody Dyrektora Szpitala jest zabronione.</i>		

Załącznik nr 2 do PP/5-3/2025

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Opracował:	Sprawdził:	Zatwierdził:
Magdalena Kot Pielęgniarka koordynująca	Magdalena Jantos Pełnomocnik ds. praw pacjenta	Anna Brzęska – Mikoda Dyrektor Szpitala
Data: 11.06.2025	Data: 11.06.2025	Data: 11.06.2025

wypełnia sekretariat medyczny	1	WNIOSEK NUMER	
DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA MEDYCZNA			
wypełnia osoba wnioskująca/ sekretariat medyczny	2	Imię i nazwisko	
		Nr pesel	
		Adres	
		Numer telefonu	
	WNIOSKODAWCA		
	3	☐ pacjent, dane j.w. ☐ przedstawiciel ustawowy pacjenta ☐ osoba upoważniona przez pacjenta ☐ osoba bliska (po śmierci pacjenta) ☐ podmioty na mocy art. 26, ust. 3, 3a, 3b, 4 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	
	DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK		
	4	Imię i nazwisko	
		Nr pesel	
		Numer telefonu	
INFORMACJE O DOKUMENTACJI			
5	Zakres wnioskowanej dokumentacji		
6	Okres/ data realizacji świadczeń		
7	Forma udostępnienia	☐ do wglądu w miejscu udzielania świadczeń w celu sporządzenia notatek lub zdjęć ☐ kserokopia/ wydruk z systemu ☐ odpis ☐ wyciąg ☐ skan przesłany za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej ☐ skan na nośniku danych, dostarczonym przez wnioskodawcę ☐ przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy	

			publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta
	8	Sposób odbioru dokumentacji	☐ osobiście ☐ za pośrednictwem osoby upoważnionej (na podstawie złożonego oświadczenia przez pacjenta w tut. placówce lub dostarczonego upoważnienia) ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej adres email
OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY			
wypełnia osoba wnioskująca	9	Oświadczam, że zawarte we wniosku dane są zgodne z prawdą. Oświadczam, że znane są mi stawki za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem.	
		Data i czytelny podpis osoby wnioskującej	
wypełnia osoba przygotowująca dokumentację	10	Forma wniosku	☐ ustna ☐ pisemna ☐ elektroniczna
		Data przygotowania dokumentacji	
		Czytelny podpis osoby przygotowującej	
wypełnia osoba wydająca dokumentację	11	Imię i nazwisko osoby odbierającej dokumentację	
		Rodzaj i numer dokumentu tożsamości	
		Data i czytelny podpis osoby wydającej	
POTWIERDZENIE ODBIORU			
wypełnia osoba odbierająca dokumentację medyczną	12	Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej	
		Data i czytelny podpis osoby odbierającej	