



Knurów, dnia.....

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie**  
**ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów**

## **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

*Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami*

### **1. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)**

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

### **2. Dane Wnioskodawcy o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu uprawnionego .....

.....

PESEL/NIP:.....

Adres zamieszkania/siedziba: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### **3. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### **4. Wnioskuje o: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)**

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej poświadczonej za zgodność z oryginałem lub wydruku dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej,
- wydanie wyciągu,
- wydanie odpisu,

### **5. Rodzaj dokumentacji medycznej:**

- nazwa przychodni / poradni / pracowni: .....
- okres leczenia: .....
- historia zdrowia i choroby; wyniki badań; inne .....

## 6. Wnioskowaną dokumentację:

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

### Oświadczam, iż:

- 1) Zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Knurowie.
- 2) Opłaty, o której mowa w ust. 1), nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i we wskazany sposób.
- 3) W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.
- 4) Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wystaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

### POUCZENIE

1. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
2. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
3. placówka medyczna jest zobowiązana do bezpłatnego udostępnienia dokumentacji medycznej za każdym razem, kiedy wniosek dotyczy dokumentów, których pacjent wcześniej nie otrzymał.
4. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie z siedzibą: 44-190 Knurów, ul. Niepodległości 8. Dane są przetwarzane w celu realizacji „Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej”, nie będą one przekazywane do państw trzecich. Decyzje o ich przetwarzaniu nie są podejmowane w sposób zautomatyzowany.

Mają Państwo prawo wglądu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej), ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w procesie przetwarzania danych mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych).

Dane kontaktowe:

- Inspektor Ochrony Danych Osobowych: [iod@zozknurow.pl](mailto:iod@zozknurow.pl)
- Administrator Danych Osobowych: [sekretariat@zozknurow.pl](mailto:sekretariat@zozknurow.pl)

## **POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
- Upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - Upoważnienie w złożonym wniosku,
  - Odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

## **OPŁATY**

- bezpłatne udostępnienie dokumentacji medycznej za każdym razem kiedy wniosek dotyczy dokumentów, których pacjent wcześniej nie otrzymał, okres dokumentacji medycznej od ..... do .....
- kwota do zapłaty za kolejną udostępnioną dokumentację medyczną, którą pacjent otrzymał już bezpłatnie: .....

.....  
(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)