



Gdynia, dnia.....

.....
Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja

.....
Adres

.....
PESEL

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia: *

☐ Wnioskodawcy

☐ Rodzicom.....
(imię i nazwisko rodzica, PESEL)

☐ Osobie trzeciej.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji, PESEL)

Z zakresu leczenia:*

☐ Konsultacje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

☐ Konsultacje ginekologiczne

☐ Konsultacje lekarza specjalisty
(specjalność)

☐ Inna dokumentacja medyczna
(jaka?)

W okresie od do

Forma udostępniania dokumentacji medycznej:

☐ przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku

☐ do wglądu na terenie Przychodni w obecności pracownika Przychodni

☐ przez wydanie oryginału –w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji w innej formie
mogłaby spowodować zagrożenie **życia lub zdrowia** pacjenta

☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

.....
(adres e-mailowy)

Czy dokumentacja ma być udostępniona po raz pierwszy? ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli po raz kolejny zobowiązuję się w chwili udostępnienia dokumentacji medycznej uiścić na rzecz

Przychodni Lekarskiej „Witomino” opłatę z tytułu udostępnienia dokumentacji medycznej, za każdą stronę
80 gr. brutto.

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Ustalono z wnioskodawcą, że dokumentacja medyczna zostanie przygotowana bez zbędnej zwłoki, nie później
niż w 3 dni robocze.

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Potwierdzam odebranie w/w dokumentacji medycznej.

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu
ich przetwarzania

Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z późn. zmianami

Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych