

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I CZĘŚĆ:

### 1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania .....

.....

Numer telefonu kontaktowego: .....

e-mail: .....

### 2. Treść żądania wniosku:

Na podstawie art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Spółki „UROVITA” Sp. z o.o. z siedzibą w Chorzowie:

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

(Określić rodzaj dokumentacji oraz zakres)

3. Oświadczam, że niniejszym wnioskuje o wydanie mi:

- A.  pierwszej kopii/odpisu/wyciągu wskazanej dokumentacji,<sup>1</sup>  
 kolejnej kopii/odpisu/wyciągu wskazanych dokumentacji.

<sup>1</sup> W przypadku wnioskowania o wydanie kolejnej kopii/odpisów/wyciągów dokumentacji medycznej: Wnioskodawca oświadcza, iż zobowiązuje się do poniesienia kosztów administracyjnych wydania kopii danych osobowych, zgodnie z cennikiem obowiązującym w zakładzie leczniczym „UROVITA” Sp. z o.o.

- B. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu;
- C. Umożliwienie wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

4. \*\*Kopię przetwarzanych danych osobowych:

odbiorę osobiście

proszę wysłać pocztą tradycyjną na adres:

.....

proszę wysłać pocztą elektroniczną na e-mail wskazany we wniosku,

odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

.....

*podpis wnioskodawcy*

---

<sup>1</sup> W przypadku wnioskowania o wydanie kolejnych kopii/odpisów/wyciągów tej samej dokumentacji Spółka ma prawo do pobrania opłaty wynikającej z art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

---

## II CZĘŚĆ - POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data: ..... Uzgodniony termin odbioru/wysyłki -  
kopii/odpisu/wyciągu/oryginału dokumentacji: .....

---

## III CZĘŚĆ:

..... Podpis pracownika

## POTWIERDZENIE WYDANIA KOPII/ODPISU/WYCIĄGU/ORYGINAŁU DANYCH OSOBOWYCH:

\*wysłano pocztą tradycyjną na wskazany adres w dniu:

.....

\*odebrano osobiście przez Wnioskodawcę,

\*odebrana przez osobę upoważnioną przez Wnioskodawcę:

- o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
- o upoważnienie w niniejszym wniosku,
- o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: ..... ;<sup>2</sup>

Pobrano opłatę w wysokości : .....

---

#### IV CZĘŚĆ:

..... data i podpis pracownika wydającego

#### POTWIERDZENIE ODBIORU:

\_\_\_\_\_  
Potwierdzam odbiór wnioskowanej kopii/odpisu/wyciągu/oryginału dokumentacji medycznej.

..... data i podpis osoby odbierającej

#### V CZĘŚĆ:

Tożsamość Wnioskodawcy/Osoby upoważnionej do odebrania kopii/wyciągu/odpisu/oryginału stwierdzono na podstawie:

(numer oraz seria dowodu osobistego)

.....  
Legitymujący się numerem PESEL:

..... data i podpis pracownika wydającego

---

<sup>2</sup> Dotyczy wydania kolejnych kopii/odpisów/wyciągów dokumentacji wnioskowanej w tym samym zakresie