



Wielkopolskie Centrum Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie
 ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
 tel. (+48-61) 885 05 00, fax 852 19 48
 NIP: 778-13-42-057 REGON: 000291204
 Nr księgi: 00000016138

_____ data

**Sekcja Rejestracji i Dokumentacji Chorych z
 Archiwum**
 (IR)
 Kody resortowe. V - 01, VII - 001, VIII -

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- na podstawie art. 15 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

1. Wnioskodawca

Imię i Nazwisko	
Numer telefonu kontaktowego	

2. Dokumentacja medyczna dotyczy

Imię i Nazwisko	
PESEL	

3. Wnioskuje o:

- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 (po uprzednim uzgodnieniu terminu) - bezpłatnie
- wydanie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4:

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać czego dotyczą, inny rodzaj dokumentacji)

5. Dokumentację odbiorę:

- A) osobiście B) osoba upoważniona C) pocztą na adres

Zostałem/łam poinformowany/a o koszcie wykonania kopii/wyciągu/odpisu jednej strony dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia w/w kosztów, a w przypadku wysyłki także pokrycia kosztów przesyłki.

.....
 czytelny podpis osoby przyjmującej prośbę

.....
 czytelny podpis wnioskodawcy

WYDANIE DOKUMENTACJI

- A) osobiście B) osoba upoważniona

Data wydania: _____

Imię i Nazwisko	
Seria i nr dokumentu tożsamości	
Ilość stron	
Naliczono opłatę w wysokości	

.....
 podpis osoby wydającej dokumentację

.....
 czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację