

 wielkopolskie centrum onkologii ul. Garbary 15, 61-866 Poznań tel. (+48 61) 885 05 00, fax 852 19 48 dyrektor 885 07 00, 852 93 75 Sekcja Rejestracji i Dokumentacji Chorych z Archiwum Medycznym tel. +46 61 88 50 441	WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII	
	WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Załącznik 1/P1-EŚM
		Edycja 1 z dnia 11.02.2025

data

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko:	
Numer telefonu kontaktowego:	

2. Dokumentacja medyczna dotyczy

Imię i nazwisko:	
PESEL ¹	

3. Wnioskuje o:

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

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

5. Sposób odbioru dokumentacji:

- ☐ Osobiście
☐ Poczta tradycyjną na adres:
.....
.....
☐ Nośnik pamięci wydany przez szpital²
☐ Adres e-mail wskazany w Upoważnieniu pacjenta²
☐ Osoba upoważniona³

Zostałem/łam poinformowany/a o kosztach wykonania kopii/wyciągu/odpisu jednej strony dokumentacji medycznej, przesyłki oraz nośników pamięci (w przypadku wykorzystania) i zobowiązuję się do pokrycia ww. kosztów.

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

6. Upoważnienie jednorazowe do odbioru dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL ¹ pacjenta	

Ja, niżej podpisany, na podstawie art. 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta upoważniam

Imię i nazwisko upoważnionego	
PESEL ¹ upoważnionego	

.....
Data i czytelny podpis pacjenta - upoważniającego

¹ w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

² nie dotyczy dokumentacji papierowej, którą należy potwierdzić za zgodność z oryginałem oraz sytuacji, w której środki organizacyjno-techniczne nie pozwalają na udostępnienie dokumentacji w sposób elektroniczny

³ należy upoważnić osobę do odbioru dokumentacji medycznej w pkt. 6 – nie dotyczy jeżeli osoba została upoważniona do uzyskiwania dokumentacji medycznej w Oświadczeniu pacjenta o upoważnieniu

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Tabela uzupełniana przez pracownika szpitala.

Forma odbioru dokumentacji	Weryfikacja tożsamości osoby odbierającej	Opłata	Podpis	
☐ Odebrano osobiście	Na podstawie: ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu ☐	Pobrano opłatę w wysokości PLN za stron dokumentacji medycznej	Podpis osoby odbierającej dokumentację:	Podpis osoby wydającej dokumentację:
☐ Odebrała osoba upoważniona	Na podstawie: ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu ☐	Pobrano opłatę w wysokości PLN za stron dokumentacji medycznej	Podpis osoby odbierającej dokumentację:	Podpis osoby wydającej dokumentację:
☐ Wysłano pocztą tradycyjną na wskazany we wniosku adres w dniu:		Pobrano opłatę w wysokości PLN za stron dokumentacji medycznej oraz koszt wysyłki	Podpis osoby wysyłającej dokumentację:	
☐ Wysłano pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail w upoważnieniu pacjenta w dniu:		Pobrano opłatę w wysokości PLN za stron dokumentacji medycznej	Podpis osoby wysyłającej dokumentację:	
☐ Wydano dokumentację na zewnętrznym nośniku pamięci	Na podstawie: ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu ☐	Pobrano opłatę w wysokości PLN za stron dokumentacji medycznej oraz koszt nośnika pamięci	Podpis osoby odbierającej dokumentację:	Podpis osoby wydającej dokumentację:
☐ Wysłano nośnik pamięci z dokumentacją medyczną na wskazany we wniosku adres w dniu:		Pobrano opłatę w wysokości PLN za stron dokumentacji medycznej, koszt nośnika pamięci oraz koszt wysyłki	Podpis osoby wysyłającej dokumentację:	

W przypadku wysyłki dokumentacji medycznej drogą elektroniczną należy zaszyfrować nośnik/wiadomość numerem PESEL pacjenta.

W przypadku wysyłki dokumentacji medycznej pocztą tradycyjną należy dołączyć do wniosku podpisane potwierdzenie odbioru.

W przypadku wysyłki dokumentacji medycznej pocztą elektroniczną należy dołączyć do wniosku kserokopie wiadomości e-mail.