

## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

**Dane osoby składającej wniosek o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Adres email: .....

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Zwracam się z prośbą o wydanie:

- kopii dokumentacji medycznej/wydruk                       potwierdzonej za zgodność z oryginałem  
 odpisu / wyciągu dokumentacji

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- Klinika/Oddział/Poradnia/Pracownia/Zakład.....

- okres leczenia: .....

- Całość dokumentacji  
 Karta Informacyjna (wypis)  
 Inne: .....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście  
 proszę wysłać na adres: .....  
 proszę wysłać na adres email: .....  
 odbierze osoba upoważniona:  
 - imię i nazwisko: .....

*Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i/lub RODO*

*Wniosek zostanie rozpatrzony przez Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela bez zbędnej zwłoki zgodnie z kolejnością jego wpływu do jednostki. W przypadku gdy po dokumentację medyczną pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy dołączyć do wniosku. Szpital nie pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie.*

*Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora Danych na stronie internetowej [www.biziel.umk.pl](http://www.biziel.umk.pl)*

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis wnioskodawcy

### Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej .....

Data i podpis

### Potwierdzenie udostępnienia-wypełnia pracownik Szpitala

Potwierdzam udostępnienie dokumentacji medycznej .....

Data i podpis

**Pacjent ma możliwość sprawdzenia informacji na IKP o zdrowiu swoim, swoich dzieci lub osoby, która do tego go upoważniła.**