



F.ARCH.1 WNIOSK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań



Wydanie 2

Obowiązuje od 12.11.2024

Strona 1/2

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji

<input type="checkbox"/> Pacjent	
<input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawowy pacjenta	
<input type="checkbox"/> Osoba upoważniona przez pacjenta	
<input type="checkbox"/> Uprawniona instytucja/organ	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego	

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna niż pacjent osoba)*

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego	

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- do wglądu
- w postaci kopii/wydruku
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
przez sporządzenie jej wyciągu/odpisu
w innej formie (jakiej?).....

Rodzaj dokumentacji medycznej:

<input type="checkbox"/> nazwa oddziału/termin pobytu/okres leczenia/nr księgi głównej
<input type="checkbox"/> nazwa poradni/termin wizyty/czas leczenia w poradni
<input type="checkbox"/> nazwa pracowni/termin wizyty/badania

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
Data oraz podpis i pieczęć pracownika przyjmującego wniosek

.....
Data oraz podpis Wnioskodawcy

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej zostanie zrealizowany bez zbędnej zwłoki.



F.ARCH.1 WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań



Wydanie 2

Obowiązuje od 12.11.2024

Strona 2/2

WYPEŁNIA PRACOWNIK ARCHIWUM

Potwierdzenie wpływu:

Data:

Wniosek przedłożony:

osobiście

listownie

za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

telefonicznie

w innej formie (jakiej?).....

.....
(Podpis i pieczęć pracownika Archiwum)

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji

Dokumentacja udostępniona:

do wglądu w dniu

wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:.....

wysłana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej w dniu

odebrana osobiście przez pacjenta w dniu

odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta w dniu

upoważnienie w dokumentacji medycznej,

upoważnienie w niniejszym wniosku,

odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości:

Potwierdzenie odbioru:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
(Data i podpis uprawnionej osoby odbierającej dokumentację)

Dokumentację medyczną udostępniono w dniu.....na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość

Rodzaj nr dokumentu.....

.....
(Data i podpis pracownika wydającego dokumentację)