



www.obrzyce.eu

66-300 Międzyrzecz, ul. Poznańska 109

tel. 095/7428700, fax. 095/7428701

e-mail: sekretariat@obrzyce.eu

NIP: 596-15-22-446, REGON: 000290133

Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu

Załącznik nr 2 do Procedury udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej QP- 07/O (wydanie IV) z dnia 24.07.2026r.

WNIOSEK O WGLĄD DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o wgląd do dokumentacji medycznej:

1. Tytuł prawny do uzyskania dostępu do dokumentacji (właściwe pole wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”) :

- ☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- ☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta. Jako przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta oświadczam, że dysponuję pełną, nieograniczoną władzą rodzicielską nad małoletnim pacjentem.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

- ☐ wnioskodawca jest osobą upoważnioną przez pacjenta:
- ☐ upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej
- ☐ odrębne pisemne upoważnienie, stanowiące załącznik do niniejszego wniosku
- ☐ Osoba bliska (w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i RPP) – po śmierci pacjenta.

2. Dane osoby składającej wniosek (wypełnia : pacjent, opiekun prawny, osoba upoważniona, osoba bliska po śmierci pacjenta):

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego

(podanie numeru telefonu jest dobrowolne)

3. Dane pacjenta, którego wniosek dotyczy (należy wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent):

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Wnoszę o wgląd do dokumentacji medycznej z leczenia: (Należy podać nazwę oddziału, poradni, pracowni):

.....

Okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona:

.....

5. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący zakres (właściwe pole wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”) :

- ☐ historia choroby
- ☐ historia choroby poradni

(należy wymienić jakiej poradni dotyczy)



www.obrzyce.eu

66-300 Międzyrzecz, ul. Poznańska 109

tel. 095/7428700, fax. 095/7428701

e-mail: sekretariat@obrzyce.eu

NIP: 596-15-22-446, REGON: 000290133

Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu

- ☐ karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- ☐ wyniki badań (*należy podać jakie*)
- ☐ inne

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Pouczenie:

1. Do wniosku na wgląd do dokumentacji medycznej należy dołączyć pisemne upoważnienie w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
2. Wgląd do dokumentacji medycznej odbywa się w pomieszczeniach udostępnianych przez Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, tj.: w siedzibie głównej Szpitala, oraz w poradniach specjalistycznych zlokalizowanych poza siedzibą Szpitala, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych przez daną komórkę organizacyjną.
3. Wgląd do dokumentacji medycznej odbywa się w obecności osoby upoważnionej przez Szpital, w warunkach zapewniających pełną dyskrecję i ochronę przed dostępem osób nieuprawnionych.
4. Osobie uprawnionej zapewnia się możliwość sporządzenia notatek oraz wykonania zdjęć.
5. Dokumentacja medyczna udostępniana do wglądu nie może być wynoszona poza miejsce jej udostępnienia.
6. W przypadku wglądu w poradniach zlokalizowanych poza siedzibą Szpitala, realizacja wniosku odbywa się przez personel danej poradni lub innej osoby upoważnionej przez Szpital, zgodnie z wewnętrznymi procedurami udostępniania dokumentacji medycznej.
7. W przypadku wątpliwości co do tożsamości lub uprawnienia osoby wnioskującej, Szpital ma prawo do odmowy udostępnienia dokumentacji do czasu wyjaśnienia sprawy.

POTWIERDZENIE WPLYWU WNIOSKU

Data:

Uzgodniony termin wglądu :

Imię i nazwisko pracownika:

POTWIERDZENIE WGLĄDU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentacja medyczna została udostępniona do wglądu w dniu: w obecności
pracownika Szpitala:

(imię i nazwisko osoby uprawnionej)

z zapewnieniem możliwości sporządzenia : (właściwe pole wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”):

- ☐ notatek
- ☐ zdjęć
- ☐ nie dotyczy

Weryfikacja tożsamości

Tożsamość osoby wnioskującej potwierdzono na podstawie:

Imię i nazwisko

Numer PESEL (w przypadku braku, seria i numer dokumentu tożsamości)

.....
data, czytelny podpis pracownika udostępniającego

INFORMACJA DLA OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DOTYCZĄCA ZASAD PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Szanowni Państwo,

wypełniając obowiązek prawny wynikający z art. 13 ust. 1i2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)¹⁾ RODO informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych osób wnioskujących jest Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu z siedzibą przy ul. Poznańskiej 109, 66-300 Międzyrzecz, NIP: 596-15-22-446, REGON: 000290133,



www.obrzyce.eu

Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu

66-300 Międzyrzecz, ul. Poznańska 109

tel. 095/7428700, fax. 095/7428701

e-mail: sekretariat@obrzyce.eu

NIP: 596-15-22-446, REGON: 000290133

tel. kontaktowy: 95 7428700; e-mail: sekretariat@obrzyce.eu

2. Szpital przetwarza dane osobowe w celu realizacji wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz w celu ich rejestracji i ewidencjonowania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

3. Przetwarzanie danych osobowych osób wnioskujących oparte jest na właściwej, zgodnej z obowiązującymi przepisami podstawie prawnej art. 6 ust. 1 lit. c) RODO przy zachowaniu obowiązków wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

4. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

5. Administrator udostępnia dane osobowe osób wnioskujących, gdy taki obowiązek wynika z przepisów obowiązującego prawa.

6. Dane osobowe osób wnioskujących nie będą przekazywane odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.

7. Dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.

8. Dane osobowe przetwarzane w związku z realizacją wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej będą przechowywane przez okres odpowiadający okresowi przechowywania dokumentacji medycznej, której dotyczy wniosek, chyba że obowiązujące przepisy prawa wymagają ich dłuższego przechowywania.

9. Ma Pani/Pan prawo do:

1) dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia, w granicach określonych przepisami prawa;

2) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa;

3) kontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych SPSNPCH w Międzyrzeczu we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dzwoniąc pod nr tel. tel.95 7428823 lub kontaktując się na adres e-mail: iod@obrzyce.eu

¹⁾RODO - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.