



Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu

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

Załącznik nr 1 do Procedury udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej QP-07/O (wydanie IV) z dnia 24.07.2026r.

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Uwaga: Dokumentacja medyczna udostępniana jest po potwierdzeniu tożsamości osoby uprawnionej.

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

Podmiot udostępniający dokumentację medyczną:

Nazwa Podmiotu: Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu

Dane adresowe Podmiotu: ul. Poznańska 109, 66-300 Międzyrzecz

1. Tytuł prawny do uzyskania 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.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

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

2. Dane Wnioskodawcy (dane osoby składającej wniosek):

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL:

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

Numer telefonu kontaktowego

(podanie numeru telefonu jest dobrowolne)

3. Dokumentacja medyczna dotyczy :

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL:

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

4. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia (Należy podać nazwę oddziału, poradni, pracowni):

.....
Okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona (podać datę pobytu, konsultacji, badania):

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

- ☐ historia choroby
- ☐ historia choroby z leczenia w poradni
(należy wymienić jakiej poradni dotyczy)
- ☐ karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- ☐ wyniki badań (należy podać jakie)
- ☐ inne

6. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji poprzez (właściwe pole wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”) :

- ☐ sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej
- ☐ sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej poświadczonej za zgodność z oryginałem (na wniosek uprawnionego podmiotu)
- ☐ sporządzenie wyciągu lub odpisu z dokumentacji medycznej
- ☐ sporządzenie wydruku z systemu informatycznego
- ☐ sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu)
- ☐ wydanie na informatycznym nośniku danych (np. płyta CD/DVD)
- ☐ poprzez wydanie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy (za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu)
- ☐ wydanie oryginału wyłącznie w przypadkach ustawowych.

7. Dokumentacja medyczna wymieniona w pkt. 4 (właściwe pole wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”) :

- ☐ zostanie odebrana osobiście
- ☐ proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 2
- ☐ proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, na adres e-mail:
(Dokumentacja zostanie przesłana w formacie zaszyfrowanym. Hasło dostępu zostanie przekazane osobnym kanałem komunikacji, np. przekazane ustnie telefonicznie).

8. Oświadczenia (właściwe pole wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”) :

- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że udostępnienie dokumentacji medycznej może podlegać opłacie zgodnie z art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z uwzględnieniem przypadków zwolnienia ustawowego, w tym w szczególności gdy dokumentacja medyczna udostępniana jest pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3.
- ☐ Oświadczam, że mam świadomość zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną i przyjmuję do wiadomości zasady jej zabezpieczenia stosowane przez Administratora.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Pouczenie:

1. Pacjent nie może żądać wydania oryginalnej dokumentacji medycznej lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów, za wyjątkiem żądania wydania zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy, wydanego za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
2. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
3. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia innej osoby niż wskazana w dokumentacji medycznej.
4. W przypadku nie odebrania zleconej do przygotowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów na podstawie wystawionej faktury bez podpisu.

POTWIERDZENIE WPLYWU WNIOSKU

Data:

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki:

Imię i nazwisko pracownika przyjmującego wniosek:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskowaną dokumentację medyczną (właściwe pole wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”):

- ☐ odebrała osoba upoważniona
- ☐ wysłano listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru: nr nadawczy:
adres:dnia:
- ☐ odebrano osobiście

Ja niżej podpisany(a) potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

.....
*data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację***Weryfikacja tożsamości**

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie:

Imię i nazwisko

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

.....
*data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację***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, 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 SPSNPCCH 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.