



[www.obrzyce.eu](http://www.obrzyce.eu)

66-300 Międzyrzecz, ul. Poznańska 109

tel. 095/7428700, fax. 095/7428701

e-mail: [sekretariat@obrzyce.eu](mailto:sekretariat@obrzyce.eu)

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

## Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu

Załącznik nr 7 do Procedury udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej QP-07/O (wydanie IV) z dnia 24.07.2026r.

### WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA (BRAKOWANIA)

Uwaga: Dokumentację medyczną wydaje się wyłącznie za okazaniem dokumentu potwierdzającego tożsamość.

#### Podmiot, do którego jest wnioskowane (Administrator Danych Osobowych):

|                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa Podmiotu: Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu |
| Dane adresowe Podmiotu: ul. Poznańska 109, 66-300 Międzyrzecz                                  |

Na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy z 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o wydanie oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia.

#### 1. Dane osoby składającej wniosek

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Numer telefonu kontaktowego .....

#### 2. Osobą składającą wniosek jest: (właściwe pole wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”):

☐ 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)

☐ wniosek składa osoba upoważniona przez Pacjenta:

☐ upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej pacjenta

☐ odrębne pisemne upoważnienie, stanowi załącznik do niniejszego wniosku

☐ pełnomocnictwo

☐ wniosek składa osoba bliska (w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i RPP) – po śmierci pacjenta (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

#### 3. Dane pacjenta (Wypełnić, jeśli wniosek składa osoba inna niż pacjent)

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

#### 4. Zakres wnioskowanej dokumentacji:

1) Dotyczy dokumentacji medycznej z leczenia: (Należy podać nazwę oddziału, poradni, pracowni):

.....

2) Okres leczenia (okres, za który ma być przygotowana dokumentacja – rok, miesiąc, dokładne daty)

.....



[www.obrzyce.eu](http://www.obrzyce.eu)

66-300 Międzyrzecz, ul. Poznańska 109

tel. 095/7428700, fax. 095/7428701

e-mail: [sekretariat@obrzyce.eu](mailto:sekretariat@obrzyce.eu)

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

## Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu

3) Wydanie dotyczy (właściwe pole wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”) :

- ☐ kompletnej historii choroby (całość dokumentacji przeznaczonej do zniszczenia),
- ☐ historia choroby z poradni .....(należy wymienić jakiej poradni dotyczy)
- ☐ kart informacyjnych z leczenia szpitalnego
- ☐ wyników badań ( należy podać jakich) .....
- ☐ innych dokumentów .....

5. Sposób odbioru dokumentacji: (właściwe pole wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”) :

- ☐ odbiorę osobiście w Sekcji Dokumentacji Medycznej i Obsługi Pacjentów
- ☐ dokumentacja zostanie odebrana przez upoważnioną osobę
- ☐ proszę o przesłanie oryginałów pocztą tradycyjną (za zwrotnym potwierdzeniem odbioru) na adres podany w pkt 1.

### 6. Oświadczenie Wnioskodawcy

Oświadczam, że mam świadomość, iż w wyniku realizacji niniejszego wniosku **odbieram ze Szpitala oryginał dokumentacji medycznej**, a placówka nie będzie już posiadała tych dokumentów w swoich zasobach archiwalnych.

.....  
(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

(Poniższą część wypełnia Szpital)

### POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU

Data wpływu wniosku : .....

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki : .....

Imię, nazwisko i podpis pracownika przyjmującego wniosek: .....

### POTWIERDZENIE WYDANIA ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

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

### POTWIERDZENIE ODBIORU (wypełnia osoba odbierająca):

Potwierdzam odbiór oryginalnej dokumentacji medycznej opisanej w wniosku.

.....  
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

### WERYFIKACJA TOŻSAMOŚCI:

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

Imię i nazwisko .....

Oznaczenie dokumentu (rodzaj i nr dokumentu lub nr PESEL).....

.....  
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)



[www.obrzyce.eu](http://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](mailto:sekretariat@obrzyce.eu)

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

### **INFORMACJA DLA OSOBY WNIOSKUJĄCEJ WYDANIE ORYGINAŁU INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA (BRAKOWANIA) DOTYCZĄCA ZASAD PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

**1.** Administratorem danych osobowych 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](mailto:sekretariat@obrzyce.eu)

**2.** Dane są przetwarzane w celu:

1) rejestracji, rozpatrzenia wniosku i weryfikacji uprawnień do odbioru oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia (brakowania) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze) w związku z art. 26 oraz art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

2) archiwizacji i obrony przed ewentualnymi roszczeniami prawnymi (dokumentowanie faktu wydania dokumentów zamiast ich fizycznej utylizacji) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO (prawnie uzasadniony interes Administratora).

**3.** Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (np. organom nadzorczym, sądom) oraz podmiotom wspierającym Administratora w realizacji zadań (np. dostawcom systemów IT, firmom świadczącym usługi prawne lub kurierskie).

**4.** Dane osobowe zawarte w samym wniosku o wydanie dokumentacji będą przechowywane przez okres niezbędny do obrony przed roszczeniami (zgodnie z ogólnymi terminami przedawnienia roszczeń określonymi w Kodeksie cywilnym) oraz przez okres wynikający z przepisów o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

**5.** Posiada Pani/Pan prawo do:

a) dostępu do treści swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii; sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są nieprawidłowe lub niekompletne; usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w granicach określonych przepisami prawa;

b) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;

c) kontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz wykonywaniem przysługujących praw.

**6.** Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, ul. Poznańska 109, 66-300 Międzyrzecz - tel. 95 7428823, e-mail: [iod@obrzyce.eu](mailto:iod@obrzyce.eu)

**7.** Podanie przez Panią/Pana danych osobowych (takich jak imię, nazwisko, PESEL, adres/telefon) jest wymogiem ustawowym i warunkiem niezbędnym do realizacji wniosku. Odmowa podania danych uniemożliwi Szpitalowi pozytywną weryfikację Pani/Pana tożsamości oraz uprawnień, co skutkować będzie odmową wydania dokumentacji medycznej i przekazaniem jej do fizycznego zniszczenia.

**8.** Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.