



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest przedstawicielem  
ustawowym/opiekunem prawnym)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- do wglądu,
- poprzez sporządzenie wyciągu/ odpisu/ kopii/ wydruku/ \*,
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- na informatycznym nośniku danych.

### Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni / gabinetu: .....
- okres leczenia: .....

### Wnioskowaną dokumentację:

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

Od 4 maja 2019 r. udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie jest bezpłatne.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci odpisów, wyciągów lub kserokopii pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu kolejny raz w żądanym zakresie lub każdorazowo osobom upoważnionym przez pacjenta lub przedstawiciela ustawowego Placówka pobiera opłatę na dotychczasowych zasadach.

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

.....  
**data i podpis wnioskodawcy**



**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu\*: .....

Podpis pracownika: .....

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).
  
- Naliczono opłaty w wysokości: .....
- Udostępnienie bezpłatne.

.....  
**data i podpis pracownika wydającego dokumentację**

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
**data i podpis osoby odbierającej dokumentację**

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
**(rodzaj i numer dokumentu)**

.....  
**data i podpis pracownika wydającego dokumentację**

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

**Podstawa prawna:** Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności § 8. 1. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069 z późn. zm.) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminne Centrum Medyczne w Trzebnicy, Tadeusza Kościuszki 10. Podane dane osobowe przetwarzane są w celu upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji, na podstawie Artykułu 6 pkt. 1c oraz art. 9 ust. 2 lit h RODO. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz wymagane do wypełnienia celu przetwarzania. Pełna klauzula informacyjna znajduje się w rejestracji oraz na stronie [www.gcm.trzebnica.pl](http://www.gcm.trzebnica.pl)