



SPECJALISTYCZNY SZPITAL  
Im. dra Alfreda Sokolowskiego  
w Wałbrzychu

FORMULARZ

F-STAT-02-02

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wydanie IV  
z dnia 20.11.2023 r.

Strona: 1 z 2

1. Dane Wnioskodawcy (Pacjenta lub Osoby Upoważnionej):

.....  
(data)

Imię i Nazwisko: .....

NR PESEL: .....

Numer telefonu do kontaktu: .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta:

Imię i Nazwisko: .....

NR PESEL: .....

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, datę pobytu lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona):

.....

4. Rodzaj udostępnianej dokumentacji (np.: historia choroby, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, historia choroby z poradni specjalistycznej):

.....

5. Wnioskuje o (podkreślić właściwą odpowiedź):

- sporządzenie kopii / wydruku dokumentacji medycznej,
- sporządzenie odpisu dokumentacji medycznej;
- sporządzenie wyciągu (tylko fragment) dokumentacji medycznej;
- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.3 w siedzibie Szpitala (wymaga uzgodnienia terminu wglądu);
- wypożyczenie zdjęć RTG z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu - .....

(podać termin zwrotu)


6. Dokumentacja wymieniona w pkt. 3 (podkreślić właściwą odpowiedź):

- Zostanie odebrana osobiście;
- Zostanie odebrana przez upoważnioną osobę;
- Proszę o przesłanie listem poleconym, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, na podany poniżej adres do korespondencji:

.....

.....

- przesłanie dokumentacji medycznej w formie zaszyfrowanego pliku na wskazany adres mailowy lub nagranie na płytę CD. (Szpital nie dopuszcza możliwości zgrywania dokumentacji medycznej na nośnik informatyczny jakim jest pendrive)

|   |   |  |
|---|---|--|
| <br>SPECJALISTYCZNY SZPITAL<br>Im. dra Alfreda Sokolowskiego<br>w Wałbrzychu | <b>FORMULARZ</b>  | <b>F-STAT-02-02</b>                        |
|   | <b>WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE<br/>DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b> | <b>Wydanie IV<br/>z dnia 20.11.2023 r.</b> |
|   |   | <b>Strona: 2 z 2</b>                       |

adres mailowy: .....

7. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie okazanego dokumentu tożsamości: .....

.....  
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6 listopada 2008 r. Rozdział nr 7.

8. Koszt udostępnionej dokumentacji: ....., (liczba stron: .....

9. Dokumentację wydano / wysłano w dniu: .....  
(kopia bezpłatna/płatna)\* (data)

\*Niepotrzebne skreślić.

.....  
(Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....  
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)