

**WNIOSEK DO DYREKCJI SZPITALA POWIATOWEGO W NOWYM MIEŚCIE LUBAWSKIM SP. Z O. O.  
UL. MICKIEWICZA 10, 13-300 NOWE MIASTO LUBAWSKIE  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Nowe Miasto Lubawskie, dnia .....

**1. WNIOSKODAWCA**

.....  
(imię i nazwisko osoby wnioskującej)

.....  
(adres zamieszkania)

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

(PESEL)

.....  
(telefon kontaktowy)

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (właściwe zaznaczyć X)

- do wglądu w siedzibie Szpitala Powiatowego w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o. o.
- sporządzenia wyciągu, odpisu, kopii w formie papierowej/na elektronicznym nośniku danych\*

**2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI:**

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca przedstawia upoważnienie wystawione przez pacjenta (w załączeniu)

**3. DANE PACJENTA**(wypełnić w przypadku, gdy dokumentacja nie dotyczy wnioskodawcy)

Imię i nazwisko .....

PESEL/data urodzenia .....

**4. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA** (proszę podać nazwę oddziału/poradni/pracowni):

.....

okres leczenia .....

**5. RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:** (właściwe zaznaczyć X)

- historia choroby
- karta informacyjna z leczenia (wypis)
- karta z leczenia ambulatoryjnego
- karta wyjazdu karetki
- wyniki badań
- inne

**6. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:** (właściwe zaznaczyć X)

- odbiorę osobiście
- proszę przesłać drogą elektroniczną, adres e-mail: .....
- proszę przesłać na adres podany w pkt. 1 listem poleconym za pobraniem (pobranie będzie obejmować koszt wykonania kopii i przesyłki)
- zostanie odebrana przez osobę upoważnioną w siedzibie Szpitala:

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....  
(nazwa, seria i nr dokumentu tożsamości)

## 7. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępnienia dokumentacji medycznej w Szpitalu Powiatowym w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o. o., rozumiem i akceptuję tryb udostępnienia dokumentacji medycznej, zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z pouczeniami na końcu wniosku.

.....  
( podpis osoby wnioskującej)

## 8. WERYFIKACJA WNIOSKU (wypełnia pracownik Szpitala)

Stwierdzam, że wnioskodawca jest upoważniony / nie jest upoważniony do wglądu / odbioru ww. dokumentacji medycznej \*

Uzasadnienie .....

.....  
(podpis osoby dokonującej weryfikacji)

## 9. DECYZJA

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*

.....  
(podpis pracownika)

## 10. POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU

Dokumentację medyczną

Identyfikator dokumentacji medycznej .....

ilość stron ....., ilość nośników....., kwota do zapłaty .....

- wydano przez odbiór osobisty (właściwe zaznaczyć X)
- wysłano drogą elektroniczną
- przesłano za pośrednictwem poczty
- udostępniono do wglądu w siedzibie Szpitala Powiatowego w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o. o.

Panu/i .....  
(imię i nazwisko osoby odbierającej) (nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

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

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

\*właściwe podkreślić

Pouczenie:

1. Wnioskodawca ponosi koszty wykonania: wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej lub wyciągu w wersji papierowej, odpisu, kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych w wysokości obliczonej na podstawie art. 28 ust. 1 i ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 1876) oraz, w przypadku przekazania dokumentów za pośrednictwem poczty, dodatkowo koszt przesyłki.
2. Oryginał dokumentacji medycznej stanowi przedmiot ochrony prawnej i w związku z tym poucza się Wnioskodawcę o treści art. 276 kodeksu karnego zgodnie, z którym „kto niszczy, uszkadza, czyni bezużytecznym, ukrywa lub usuwa dokument, którym nie ma prawa wyłącznie rozporządzać, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch”.