



**Pieczętka przedsiębiorstwa i podmiotu leczniczego**

**lub**

.....  
**Pieczętka właściwej jednostki organizacyjnej  
NZOZ- u CSIM „Medincus” i podmiotu leczniczego**

**WNIOSKODAWCA:** ....., dn. ....

Miejscowość, data

Imię i Nazwisko.....  
Adres zamieszkania.....  
Tel. ....  
PESEL.....  
Rodzaj i numer dowodu tożsamości.....  
wydany przez.....

**Do Zarządu  
Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o.**

**Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej**

**Działając :**

- w imieniu własnym\*\*
- jako przedstawiciel ustawowy\*\*
- jako osoba upoważniona\*\*

wnioskuje o udostępnienie mi do wglądu w Szpitalu-Oddziale Otolaryngologii\* ,  
jednostce organizacyjnej (Przychodni)\*/ wydania kserokopii\*/wyciągu\*/odpisu  
dokumentacji medycznej\*/pełnej\*/częściowej\*/za zgodnością z oryginałem\*/bez  
zgodności z oryginałem\*/ wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej  
zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów) \*

**rodzaju dokumentacji medycznej:**

historia choroby\*, historia zdrowia i choroby\* ,/ karta informacyjna z leczenia  
szpitalnego\* /z wynikami badań-podać jakich\*/bez wyników badań\*/pełna  
dokumentacja medyczna\*

dotyczącej hospitalizacji\*, leczenia ambulatoryjnego\* pacjenta.

**(czyt. objaśnienia u dołu strony,)**

**DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:**

Imię i Nazwisko.....  
Adres zamieszkania.....  
.....  
Tel. ....  
PESEL.....  
Rodzaj i numer dowodu tożsamości.....

.....wydany przez.....  
NIP..... (w przypadku podmiotów uprawnionych do dokumentacji  
medycznej)

**Pobyt na Oddziale\*** od dnia .....do dnia.....  
**Konsultacja/e w Przychodni\*** .....lata.....

Dokumentację medyczną : odbiorę osobiście\*\*/proszę przesłać na  
adres\*\*:.....listem poleconym  
ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru\*\*, za pobraniem\*\*.

Za przesłanie dokumentacji medycznej pobierana jest opłata, zgodnie  
z obowiązującym cennikiem Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o.

***Jednocześnie oświadczam, iż wszelkie ryzyko związane z wysłaniem  
dokumentacji nie będą obciążały Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o. \*\*\****

Czas przygotowania dokumentacji medycznej do odebrania/wysłania 14 dni robocze  
od momentu wpłynięcia wniosku.

***Uprzedzony o odpowiedzialności na podstawie art. 233 kodeksu karnego  
oświadczam, iż zostałem upoważniony przez wskazanego powyżej  
pacjenta/pacjentkę do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej jego  
osoby oraz uzyskiwania z niej odpisów, wypisów i kopii w przypadku jego  
zgonu. Pisemne upoważnienie dołączam do wniosku.\*\*\****

***Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych  
osobowych akceptuje zasady i tryb udostępniania dokumentacji medycznej,  
o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach  
pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta(Dz. U. z 2012 ,poz.159 ) oraz, że pokryje  
w całości koszt wykonania i kopiowania dokumentacji ustalony do zapisów w/w  
ustawy. Kserokopia dokumentacji medycznej jest płatna wg Zarządzenia  
Zarządu Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o. W przypadku nie odebrania zleconej  
do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów  
sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.  
Rozumiem i akceptuje niniejszy wniosek.***

.....  
Podpis wnioskodawcy

### **Potwierdzenie przyjęcia wniosku**

Dokument tożsamości wnioskodawcy.....

.....  
Data, podpis pracownika

### **Decyzja o udostępnieniu dokumentacji**

.....  
Data i podpis upoważnionej osoby

## Wydanie dokumentacji (wypełnia rejestracja medyczna)

### Potwierdzenie odbioru dokumentacji dotyczącej pacjenta

Imię i Nazwisko.....

Adres.....

PESEL.....

Nazwa dokumentu na podstawie, którego wydano dokumentację.....

\*\*Pobrano opłatę w wysokości,.....nr paragonu....., z dn.

\*\*Faktura numer.....z dn.....

\*\*Wysłano listem poleconym priorytetem za potwierdzeniem odbioru o numerze nadawczym ,dnia.....

.....

Data wydania, podpis pracownika

.....

Data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

**\*Niepotrzebne skreślić**

**\*\* Odpowiednie zaznaczyć lub wypełnić**

**\*\*\* Jeżeli nie dotyczy skreślić**

**Proszę wypełniać wniosek drukowanymi literami.**

### **Objaśnienia:**

→ **wyciąg** - skrótowy tekst zawierający najważniejsze dane z całości lub jego część .

→ **odpis** - kopia lub przepisany tekst oryginalnego dokumentu .

→ **kserokopia** - czysta kopia tekstu lub rysunku wykonana za pomocą kserokopiarki