

Szpital Specjalistyczny  
im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

Kraków, .....

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII/WYCIĄGU/ODPISU/SCANU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**1. Wnioskodawca:**

Imię i Nazwisko .....PESEL.....

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu kontaktowego .....

**2. Dane Pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna :**

Imię i Nazwisko .....PESEL.....

Adres zamieszkania .....

**3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu):**

.....  
.....

**4. RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

- **HISTORIA CHOROBY, KARTA INFORMACYJNA, PROTOKÓL ZABIEGU, KARTY WIZYT Z POPRADNII itp.**  
.....
- **WYNIKI BADAŃ, PŁYTKA DVD/CD (PROSZĘ PODAC JAKIE BADANIE).....**
- **INNE.....**

**5. Dokumentacja pobierana jest (właściwe podkreślić) :**

- po raz pierwszy
- po raz kolejny (konieczność wniesienia opłaty)

**6. Tryb odbioru dokumentacji:**

- Do wglądu**
- Odbiór osobisty**
- Odbiór drogą pocztową/elektroniczną:
  - Proszę o wysyłkę pocztą na  
adres .....
  - Proszę o przesłanie na adres e mail .....
- Odbiór przez wskazaną osobę:

Upoważniam: /imię i nazwisko/..... legitymującego/cej się  
dowodem osobistym nr ..... do odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2025 roku, poz.450 z późn. zm) przewidziany w art. 26, art. 27 i art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 roku, poz. 581 z późn. zm) oraz, jeśli zajdzie potrzeba zapłaty, pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....  
**Data i podpis Pacjenta lub innego podmiotu uprawnionego**

**7. Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej przyjęto:**

- w formie papierowej
- ustnie
- elektronicznie np. via e-mail

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

**8. Potwierdzam odbiór sporządzonej kopii/ wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej.**

Uprawnienia wnioskodawcy do odbioru dokumentacji zostały sprawdzone przez pracownika wydającego dokumentację.

.....

data i podpis Pacjenta/ osoby upoważnionej/  
innego podmiotu uprawnionego

*\*niepotrzebne skreślić*

.....  
data i podpis osoby wydającej dokumentację