

	Szpital Psychiatryczny św. Antoniego Wielkiego	Wersja 1.1
		Data obowiązywania 18.08.2026 r.
FORMULARZ	WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	F-8.5-01-01

....., dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

II. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent):

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL:

III. Proszę o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia w zakresie:

(proszę podać jakie dokumenty, zakres czasowy i oddział, w którym pacjent przebywał)

.....

IV. Sposób udostępnienia dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ poprzez sporządzenie kserokopii ☐ poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres
- ☐ do wglądu w siedzibie szpitala we Fromborku ☐ poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych

V. Sposób odbioru dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie wskazana (proszę podać imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz serię i nr dowodu tożsamości):
- ☐ proszę o przesłanie na podany adres:

VI. Oświadczam, że o daną dokumentację medyczną wnioskuję (proszę zaznaczyć właściwe):

- ☐ po raz pierwszy
- ☐ kolejny raz
- oraz, że zapoznałem/am się z pouczeniem znajdującym się na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania, w zakresie kolejnej kopii tej samej dokumentacji medycznej.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta

.....
Podpis pracownika wydającego dokumentację

.....
Podpis Dyrektora

Potwierdzam (proszę zaznaczyć właściwe):

- ☐ odbiór kserokopii dokumentacji medycznej w liczbie stron,
- ☐ udostępnienie dokumentacji do wglądu,
- ☐ odbiór innego dokumentu (nazwa dokumentu).....

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta lub osoby upoważnionej przez Pacjenta

	Szpital Psychiatryczny św. Antoniego Wielkiego	Wersja 1.1
		Data obowiązywania 18.08.2026 r.
FORMULARZ	WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	F-8.5-01-01

Pouczenie:

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
2. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępniać dokumentację medyczną:
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu
 - 2) osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie
 - 3) upoważnionym instytucjom
3. Po śmierci pacjenta prawo do wglądu i udostępniania dokumentacji medycznej ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub jego przedstawiciel ustawowy lub osoba bliska.
4. Zgoda na udostępnianie dokumentacji albo jej odmowa następuje na podstawie decyzji Dyrektora, lub innej osoby upoważnionej.
5. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy lub osoby upoważnionej dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
6. Dokumentacja wydawana jest bez zbędnej zwłoki.
7. Opłaty za wykonanie kopii dokumentacji medycznej pobierane są zgodnie z cennikiem opłat ich wysokość określa art.28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
8. W przypadku nie odebrania zleconej do przygotowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii na podstawie wystawionego rachunku bez podpisu. Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:
 - 1) administratorem danych osobowych Pacjentów jest Szpital Psychiatryczny św. Antoniego Wielkiego we Fromborku, adres: ul. Sanatoryjna 1, 14-530 Frombork;
 - 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@szpital-frombork.pl;
 - 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
 - 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
 - 5) dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania;
 - 6) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
 - 7) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji w/w celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.
4. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.