

 małopolski szpital ortopedyczno-rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka	FORMULARZ		F-P-PP-2.1
	Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej znajdującej się w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym im. prof. Bogusława Frańczuka		Wydanie VII z dnia 24.09.2025 r.
			Strona 1 z 2

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym im. prof. Bogusława Frańczuka

Wnoszę o udostępnienie do wglądu w siedzibie Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka*/wydania kopii*/ wydania kopii w formie odwzorowania cyfrowego – skanu*/ wyciągu*/ odpisu*/ wydruku*/ oryginału*/ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*/ na informatycznym nośniku danych*/ dokumentacji medycznej dotyczącej:

	mojego stanu zdrowia **
	stanu zdrowia osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym**
	stanu zdrowia osoby, przez którą zostałem/am upoważniony/ a, które załączam**

W przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym za pomocą poczty elektronicznej należy podać czytelnie adres e-mail:

.....

WNIOSKODAWCA:

Imię i Nazwisko..... PESEL

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania tel.

DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i Nazwisko

Data urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Nazwa Oddziału

Pobyt od dnia..... do dnia.....

Nazwa Poradni dla

Zakres dokumentacji podlegającej udostępnieniu:

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję 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 oraz w związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie. W przypadku kolejnego udostępnienia określonego powyżej zakresu dokumentacji oświadczam, że pokryje w całości koszt wykonania i kopiowania dokumentacji ustalony wg zapisów w/w ustawy. Kserokopia dokumentacji medycznej jest płatna wg Zarządzenia Dyrektora Szpitala.

.....
Data

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wydania kopii*/wydania kopii w formie odwzorowania cyfrowego – skanu*/ wyciągu*/ odpisu*/ wydruku*/ dokumentacji medycznej ilość stron w dniu

Zakres dokumentacji podlegający udostępnieniu:

.....

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

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

*niepotrzebne skreślić
**odpowiednie zaznac

 małopolski szpital ortopedyczno-rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka	FORMULARZ		F-P-PP-2.1
	<i>Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej znajdującej się w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym im. prof. Bogusława Frańczuka</i>		Wydanie VII z dnia 24.09.2025 r.
			Strona 2 z 2