

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie  
Dział Dokumentacji Chorych  
pieczęć

LD 4226/.....

## WNIOSEK

### O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

**1. Dane Pacjenta:**.....(imię i nazwisko)

(PESEL).....(tel. kontaktowy/e-mail).....

**2. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia z roku:** .....

.....  
nazwa oddziału, poradni, pracowni.

**zakres dokumentacji np.: całość dokumentacji, historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, zdjęcia rtg i inne:**

**3. Forma udostępnienia w/w dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwym miejscu) :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kserokopia dokumentacji medycznej                       | <input type="checkbox"/> wyciąg/odpis dokumentacji medycznej    |
| <input type="checkbox"/> przesłanie dokumentacji w formie elektronicznej (skany) | <input type="checkbox"/> informatyczny nośnik danych (płyta CD) |
| <input type="checkbox"/> wgląd do dokumentacji medycznej na miejscu              | <input type="checkbox"/> inne:                                  |

**4. Odbiór dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwym miejscu):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Odbiór osobisty przez wnioskodawcę | <input type="checkbox"/> Odbiór osobisty przez osobę upoważnioną przez pacjenta |
|---|---|

.....  
Imię i nazwisko, Pesel osoby upoważnionej

- Przesyłka polecona  
na adres: .....

.....  
kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania

**UWAGA: Przesyłka realizowana po przesłaniu potwierdzenia dokonania przelewu na adres e-mail: wniosek@spsk1.lublin.pl**

### POUCZENIE

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 - 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2020 r., poz. 849 z późn. zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w ustawy, a także koszt ewentualnej przesyłki pocztowej.

.....  
data i podpis **pracownika**

.....  
data i czytelny podpis wnioskodawcy (pacjenta/osoby upoważnionej) lub osoby bliskiej\* (stopień pokrewieństwa)

### ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie:**

.....  
rodzaj dokumentu ze zdjęciem przedstawiony celem weryfikacji tożsamości

**Dokumentację medyczną udostępniono mi zgodnie ze złożonym wnioskiem**

.....  
data i czytelny podpis **pracownika** wydającego dokumentację

.....  
data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

Administratorem danych osobowych Pacjentów jest: Samodzielny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, adres: ul. Staszica 16, 20-081 Lublin, zwany dalej „Szpitalem”.

**Cel zbierania danych oraz udostępnianie danych**

Szpital przetwarza dane osobowe Pacjentów w celu ochrony zdrowia, udzielania i zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz w związku z utrzymaniem i zapewnieniem bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna.

Dane osobowe Pacjentów mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**Prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania**

Pacjenci mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

**Obowiązek podania danych**

Obowiązek podania danych wynika z właściwych przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

\* Dotyczy udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta