



SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu, ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław
PRZYCHODNIA MSWiA we Wrocławiu, ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław

.....
Data i miejscowość

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

Adres zamieszkania

Nr PESEL

- w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

- w przypadku dzieci poniżej 18r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych:

Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego

Telefon do kontaktu

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej poprzez: * zakreślić właściwe

- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej – za okres.....
- ☐ wydanie płyty RTG – data badania
- ☐ wydanie w formie (np. wyciągu, odpisu, kserokopia itp.)
- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej (całość dok. medycznej)
- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej (wybrani specjaliści)

Informacje dodatkowe (np. specjalista, okres od/do)

.....
.....
.....

Dokumentację medyczną odbiorę: * zakreślić właściwe

- ☐ osobiście
- ☐ upoważniam

Imię Nazwisko, PESEL

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o kosztach udostępniania dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu z siedzibą przy ul. Ołbińskiej 32, 50-233 Wrocław.

Kontakt do naszego inspektora ochrony danych: iod@spzozmswia.wroclaw.pl.

Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne w biurze podawczym oraz na http://www.spzoz-msw.wroclaw.pl/zarzadzenie/Obowiazek_informacyjny.pdf



SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu, ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław
PRZYCHODNIA MSWiA we Wrocławiu, ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

* zakreślić właściwe

- ☐ dowodu osobistego
- ☐ inne

2. **Wydano:** * zakreślić właściwe

- ☐ kserokopię dokumentacji medycznej
- ☐ płytę CD
- ☐ inne

3. **Na podstawie:** * zakreślić właściwe

- ☐ pełnomocnictwa do odbioru dokumentacji
- ☐ oświadczenia w historii choroby
- ☐ zaświadczenia Sądu Rodzinnego:
 - ☐ a) opiekun prawny
 - ☐ b) rodzina zastępcza

.....

Data i czytelny podpis pracownika
wydającego dokumentację

.....

Data i czytelny podpis osoby
odbierającej dokumentację

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu z siedzibą przy ul. Ołbińskiej 32, 50-233 Wrocław.

Kontakt do naszego inspektora ochrony danych: iod@spzozmswia.wroclaw.pl.

Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne w biurze podawczym oraz na http://www.spzoz-msw.wroclaw.pl/zarządzenie/Obowiazek_informacyjny.pdf