

**OŚRODEK INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
ZAKŁAD PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZY W ZIELONEJ GÓRZE**

ul. Prosta 47A
65-783 Zielona Góra
NIP: 9291661098
REGON: 971297821

tel.: 887 040 440
e-mail: zpo@ois.org.pl, biuro@ois.org.pl
www.ois.org.pl



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

1. Imię i nazwisko pacjenta..... PESEL

Adres zamieszkania/zameldowania.....

2. Na podstawie art. 26 – 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023r. poz. 1545 z późn. zm.) wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej :

nazwa placówki

okres pobytu w ZPO

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwym miejscu):

☐ dokumentacja pobierana jest po raz pierwszy w żądanym zakresie

☐ dokumentacja pobierana jest kolejny raz

4. Forma udostępnienia (zaznaczyć X we właściwym miejscu):

☐ kserokopia dokumentacji medycznej poświadczona za zgodność z oryginałem

☐ skan za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych

☐ wyciąg/odpis dokumentacji medycznej

☐ wgląd do dokumentacji medycznej

☐ oryginał za potwierdzeniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej lub sądów

☐ inne

5. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu):

☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

☐ wniosek składa pełnomocnik pacjenta

☐ wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

☐ wniosek składa osoba bliska po śmierci pacjenta

☐ wniosek składa inna osoba (podmiot wskazany w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r.)

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

OŚRODEK INTEGRACJI SPOŁECZNEJ ZAKŁAD PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZY W ZIELONEJ GÓRZE

ul. Prosta 47A
65-783 Zielona Góra
NIP: 9291661098
REGON: 971297821

tel.: 887 040 440
e-mail: zpo@ois.org.pl, biuro@ois.org.pl
www.ois.org.pl



- ☐ Odbiór osobisty przez pacjenta
☐ Odbiór osobisty przez rodzica/przedstawiciela ustawowego/osobę upoważnioną/pełnomocnika

.....
Imię i nazwisko oraz PESEL

- ☐ Przesyłka pocztowa na adres:

.....
Kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu

- ☐ Przesyłka za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

.....
adres e – mail

Pouczenie

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufność i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.) oraz, że pokryję w całości konieczny koszt wykonania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w ustawy, a także koszt ewentualnej przesyłki pocztowej.

.....
data i podpis pracownika

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczenie

Oświadczam, że posiadam władzę rodzicielską, nie jestem i nie byłem/am pozbawiony/a władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie została mi zawieszona ani ograniczona.

.....
data i czytelny podpis rodzica

Odbiór dokumentacji medycznej (wypełniane przy odbiorze osobistym)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie:

.....
rodzaj dokumentu ze zdjęciem, seria i numer

Naliczono opłatę w wysokości zł za stron.

.....
data i podpis pracownika

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy