

# WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NR ..... / .....

Ja, niżej podpisany, zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

**Imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia, adres Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

.....  
.....

**Rodzaj dokumentacji medycznej:**

z pobytu w oddziale szpitalnym .....

.....  
(proszę wskazać oddział oraz daty hospitalizacji)

ambulatoryjna .....

.....  
(Izba Przyjęć, SOR, Ambulatorium, Lekarz Rodzinny, Poradnia – jaka? oraz okres)

**Uwagi**

.....  
.....

**Dokumentację medyczną odbiorę:**

osobiście

upoważniam .....

(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

proszę przesłać na adres .....

.....

## INFORMACJA DLA WNIOSKUJĄCEGO

*Udostępnienie żądanych danych na podstawie art. 15 ust. 3 RODO odbywa się - w przypadku pierwszej kopii danych – bezpłatnie. Za każde ponowne udostępnienie tych samych dokumentów SPZOZ w Augustowie może każdorazowo pobrać opłatę, której maksymalne stawki określa art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.*

*Odbiór kopii dokumentacji następuje w okresie **do 6 miesięcy od dnia złożenia wniosku**. W przypadku nieodebrania kopia dokumentacji zostaje zniszczona. Po okresie 6 miesięcy wymagane jest złożenie kolejnego wniosku o wydanie dokumentacji medycznej.*

**Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Augustowie.**

.....  
(data i czytelny podpis)

---

## ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentację medyczną wydał:

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej:

.....  
(data i podpis)

.....  
(data i czytelny podpis)