



**BALTIC CLINIC sp. z o.o. 81-611 Gdynia, ul. Wielkokacka 2/1B**

**Tel. 58 526 01 60 [kontakt@balticclinic.pl](mailto:kontakt@balticclinic.pl) [www.balticclinic.pl](http://www.balticclinic.pl)**

### WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

#### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

#### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Rodzaj i zakres dokumentacji medycznej:.....

#### Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej\*:

- do wglądu na terenie i w obecności Pracownika placówki - nieodpłatnie
- kserokopia lub wydruk dokumentacji medycznej – 0,30 zł za 1 stronę kopii
- wyciąg z dokumentacji – 5,00 zł za 1 stronę wyciągu
- przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail .....
- na informatycznym nośniku danych CD – 1,80 zł

#### Wnioskowaną dokumentację\*:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

#### Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w **Baltic clinic**,
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
- 3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

\*właściwe zaznaczyć

#### POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data: ..... Uzgodniony termin udostępnienia do wglądu: ..... Podpis pracownika: .....

#### POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

##### Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

#### POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

**Podstawa prawna:** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu ich przetwarzania Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z późn. zm. USTAWA z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych.