

Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie

.....  
nazwa komórki

LD 4226/.....

**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****1. Dane Pacjenta:**..... (imię i nazwisko)

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

**2. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej :** za okres:.....

dotyczy: ... ..

nazwa oddziału/poradni/ pracowni

w zakresie .....

całość dokumentacji/wybrane dokumenty jakie?

- 
- po raz pierwszy
- 
- po raz kolejny

**3. Status wnioskodawcy (zaznaczyć X we właściwym miejscu) :**

- 
- Pacjent
- 
- Osoba upoważniona przez Pacjenta
- 
- 
- Przedstawiciel ustawowy Pacjenta
- 
- Osoba bliska

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

- 
- kopii dokumentacji medycznej
- 
- wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
- 
- 
- przesłanie dokumentacji w formie elektronicznej (skany)
- 
- informatyczny nośnik danych (płyta CD)
- 
- 
- wgląd do dokumentacji medycznej na miejscu
- 
- inne:

**5. Sposób odbioru dokumentacji w przypadku jej wydania (zaznaczyć X we właściwym miejscu):**

- 
- Odbierający: Pacjent
- 
- Odbierający: Osoba upoważniona przez Pacjenta
- 
- 
- Odbierający: Przedstawiciel ustawowy pacjenta
- 
- Odbierający: Osoba bliska

.....  
Imię i nazwisko, Pesel osoby upoważnionej Wysyłka na wskazany adres:.....  
kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania**UWAGA: Przesyłka realizowana po przesłaniu potwierdzenia dokonania przelewu****POUCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w Podmiocie, rozumiem i akceptuję określony nimi tryb oraz mam świadomość obowiązku pokrycia kosztów jej wydania, jeśli nie dotyczą mnie sytuacje zwalniające z tego obowiązku. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane we Wniosku są zgodne z prawdą, oświadczenie składam będąc świadomy/ą odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o jakiej mowa w art. 233 §1 Kodeksu Karnego (Dz. U. 2024 r., poz. 17 z późn. zm.)

.....  
data i podpis pracownika.....  
data i czytelny podpis wnioskodawcy (pacjenta/osoby upoważnionej) lub osoby bliskiej\* (stopień pokrewieństwa)**POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie:**.....  
rodzaj dokumentu tożsamości ze zdjęciem**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: Uniwersytecki 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: realizacji praw jako naszego pacjenta poprzez odbieranie i archiwizowanie złożonego oświadczenia, w którym upoważnione są inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej, kontaktu z Pacjentem, osobą upoważnioną pod podanym numerem telefonu czy adresem e-mail, aby poinformować o możliwości odbioru dokumentacji czy odpowiedzieć na pytania.

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

Pacjenci mają prawo dostępu do ich treści i sprostowania.

**Obowiązek podania danych**

Obowiązek podania danych jest wymogiem ustawowym niezbędnym do realizacji przez nas Wniosku. Jeżeli z jakiegoś powodu Pan/Pani nie chce podać nam swoich danych osobowych to nie będziemy mogli, zrealizować Pana/Pani Wniosku.