

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                               |            |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
|  Zespół Zakładów<br>Opieki Zdrowotnej<br>Szpital Śląski w Cieszynie | Załącznik nr 1 do <i>Procedury udostępnienie dokumentacji medycznej w archiwum<br/>zakładowym ZZOZ w Cieszynie</i> Nr PR/PP/4 |            |              |
|                                                                                                                                                      | <b>WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI<br/>MEDYCZNEJ W ARCHIWUM ZAKŁADOWYM<br/>ZZOZ W CIESZYNIE</b>                          | Wydanie: V | Strona 1 z 2 |

Imię i nazwisko: ..... Cieszyn, dnia .....  
osoby składającej wniosek

Adres: .....  
kod pocztowy miejscowość ulica, nr

Nr telefonu .....

Nazwa oddziału/poradni/pracowni: .....

Data pobytu: ..... PESEL: .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

**OKREŚLENIE UMOCOWANIA DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

- ☐ pacjent
 ☐ przedstawiciel ustawowy
 ☐ osoba upoważniona przez pacjenta  
☐ osoba bliska \* .....

**WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** (należy wskazać formę udostępnienia dokumentacji medycznej):

.....

**RODZAJ I ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

- ☐ Karta Informacyjna  
☐ okładka Historii Choroby z Kartą Informacyjną i statusami lekarskimi  
☐ kompletna dokumentacja medyczna (Historia Choroby)  
☐ wynik badania (określić rodzaj badania).....  
☐ inne.....  
 .....

**POTWIERDZENIE „ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM”:** ☐ TAK ☐ NIE

**SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

- ☐ osobiście (za okazaniem dokumentu tożsamości)  
☐ przesyłka polecona  
☐ odbiór przez inną osobę upoważnioną przez pacjenta (za okazaniem dokumentu tożsamości)  
☐ drogą elektroniczną

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                               |            |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
|  <div>Zespół Zakładów<br/>Opieki Zdrowotnej<br/>Szpital Śląski w Cieszynie</div> | Załącznik nr 1 do <i>Procedury udostępnienie dokumentacji medycznej w archiwum<br/>zakładowym ZZOZ w Cieszynie</i> Nr PR/PP/4 |            |              |
|                                                                                                                                                                   | <b>WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI<br/>MEDYCZNEJ W ARCHIWUM ZAKŁADOWYM<br/>ZZOZ W CIESZYNIE</b>                          | Wydanie: V | Strona 2 z 2 |

**OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ\*\*:**

Oświadczam, że udostępnieniu dokumentacji medycznej nie sprzeciwia się inna osoba bliska zmarłego.

|               |                                                                  |
|---------------|------------------------------------------------------------------|
| .....<br>data | .....<br>czytelny podpis osoby bliskiej składającej oświadczenie |
|---------------|------------------------------------------------------------------|

**ODPŁATNOŚĆ:**

Za udostępnianie dokumentacji medycznej w formie odpisu, wyciągu, kopii, wydruku lub na płycie CD pobierana jest opłata zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, wydanym na podstawie art. 28 ust. 3 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2024 r. poz. 581 z późn. zm.), chyba, że przepis szczególny zwalnia z obowiązku opłaty.

Dokumentacja medyczna udostępniania jest w miejscu wskazanym przez podmiot leczniczy, w obecności osoby upoważnionej do udostępniania dokumentacji medycznej, której obowiązkiem jest zapewnienie nadzoru oraz odnotowanie informacji o zakresie udostępnionej dokumentacji na str. 2 *Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej*.

*\* osoba bliska to: małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.*

*\*\* dotyczy udostępnienia dokumentacji medycznej wyłącznie po śmierci pacjenta.*

|               |                                                    |
|---------------|----------------------------------------------------|
| .....<br>data | .....<br>czytelny podpis osoby składającej wniosek |
|---------------|----------------------------------------------------|

***ZAKRES UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ***

**Należy podać rodzaj i strony udostępnionej dokumentacji medycznej:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

|               |                                                                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| .....<br>data | .....<br>imię i nazwisko oraz podpis osoby udostępniającej i nadzorującej udostępnienie dokumentacji medycznej |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

|                     |                           |                |             |                                             |
|---------------------|---------------------------|----------------|-------------|---------------------------------------------|
| Dokument tożsamości | .....<br>rodzaj dokumentu | .....<br>seria | .....<br>nr | .....<br>organ wydający dokument tożsamości |
|---------------------|---------------------------|----------------|-------------|---------------------------------------------|

|               |                                                                   |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|
| .....<br>data | .....<br>czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|