

.....  
(imię i nazwisko osoby wnioskującej\*)

.....  
(dane kontaktowe: telefon, adres)

### Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 26 i art. 27 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta  
i Rzeczniku Praw Pacjenta proszę o wydanie dokumentacji medycznej.....  
(imię i nazwisko pacjenta, data urodzenia)

.....  
z poradni.....pochodzącej z lat.....

.....  
( podpis osoby wnioskującej)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej.

.....  
(data i podpis pacjenta/osoby upoważnionej)

\*Osobą wnioskującą jest pacjent, przedstawiciel ustawowy pacjenta bądź osoba upoważniona przez pacjenta. W przypadku gdy osobą wnioskującą nie jest pacjent konieczne jest przedstawienie upoważnienia do wydania dokumentacji medycznej podpisane przez pacjenta, którego dokumentacja dotyczy.

Administratorem Danych Osobowych jest Zespół Lecznictwa Otwartego Sp z o.o., ul Grunwaldzka 235. Dane przetwarzane są w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych. Dane przetwarzane są na podstawie przepisów prawa i przez okres wymagany przepisami prawa. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych i do ich poprawiania. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych mailowo: [daneosobowe@zlo.jaw.pl](mailto:daneosobowe@zlo.jaw.pl), pod nr telefonu 517 091 075 lub w siedzibie Spółki przy ulicy Grunwaldzkiej 235 w Jaworznie, tel. 32 616 57 51.

.....  
**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI.**

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację