

Toruń, dnia.....

Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Adres .....

Tel. kontaktowy(*opcjonalnie*).....

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

↓ Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania.....

Nr Pesel .....

dotyczącej leczenia w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika:

.....  
( podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu i datę pobytu lub okres za jaki ma być udostępniona )

obejmującej.....

(historie choroby, historii zdrowia i choroby, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, wyniki badań-podać jakich badań )

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- w formie kopii  
 na elektronicznym nośniku danych (zdjęcie RTG)  
 inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z art.28 ust.21 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję zasady udostępniania dokumentacji medycznej określone w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. z późn. zm.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest na stronie internetowej: [www.med.torun.pl](http://www.med.torun.pl)

.....  
Podpis Wnioskodawcy\*

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

\* Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.