



**INSTYTUT MEDYCYNY PRACY I ZDROWIA ŚRODOWISKOWEGO  
w likwidacji**

ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec  
NIP 644 001 18 44 • tel. 32 266 08 85 • fax 32 266 11 24  
e-mail: sekretariat@imp.sosnowiec.pl • www.imp.sosnowiec.pl

Załącznik nr 1

Sosnowiec, .....

Likwidator  
Instytutu Medycyny Pracy  
i Zdrowia Środowiskowego w likwidacji  
ul. Kościelna 13  
41-200 Sosnowiec

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej<sup>1</sup>**

**CZĘŚĆ A** (wypełnia Pacjent lub osoba upoważniona)

**1. Wnioskodawca:** (wypełnia Pacjent, którego dotyczy dokumentacja medyczna)

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr telefonu kontaktowego: .....

Adres e-mail (adres ten podajemy, jeśli wnioskujemy o przesłanie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej)

.....

**2. Dane osoby występującej z Wnioskiem<sup>2</sup>:**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr telefonu kontaktowego: .....

Adres e-mail<sup>3</sup>

.....

**3. Wniosek składa:** (właściwe wybrać i wstawić „X”)

- pacjent którego dotyczy dokumentacja medyczna     - przedstawiciel ustawy     - osoba upoważniona przez Pacjenta (wówczas należy dołączyć do Wniosku oryginał Upoważnienia – Formularz nr 4)

— inna osoba występująca z Wnioskiem

<sup>1</sup> należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

<sup>2</sup> proszę wypełnić tylko wówczas, gdy Wniosek składa osoba inna niż Pacjent, którego dotyczy dokumentacja medyczna

<sup>3</sup> adres ten podajemy, jeśli wnioskujemy o przesłanie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej



**INSTYTUT MEDYCYNY PRACY I ZDROWIA ŚRODOWISKOWEGO**  
**w likwidacji**

ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec  
NIP 644 001 18 44 • tel. 32 266 08 85 • fax 32 266 11 24  
e-mail: sekretariat@imp.sosnowiec.pl • www.imp.sosnowiec.pl

4. Wniosek zostanie: (zaznaczyć „X” we właściwym wierszu)

- dostarczony osobiście;
- przesłany za pośrednictwem poczty za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres: Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w likwidacji, ul. Kościelna 13 41-200 Sosnowiec;
- przesłany za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail: sekretariat@imp.sosnowiec.pl
- przesłany na nr fax 32 266 11 24

Dokumentacja dotyczy leczenia w : (podać nazwę komórki organizacyjnej: np. Szpital- Oddział Chorób Zawodowych/ Regionalny Ośrodek Ostrejch Zatruc /Przychodnia Chorób Zawodowych\*, Poradnia.....Gabinet.....), oraz okres za jaki dokumentacja medyczna ma być wydana.....

6. Rodzaj dokumentacji medycznej: (właściwe wybrać rodzaj dokumentacji i wstawić „X”)

- całość dokumentacji     - historia choroby     - karta informacyjna
- płyta CD z badań np. RTG     - wyniki badań     - zapisy z wizyt lekarskich
- inna dokumentacja medyczna

7. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w następującej formie: (zaznaczyć „X” we właściwym wierszu)

- Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej;
- Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej;
- Sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej;
- Wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- Wydanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej w formie: skanu lub PDF( podkreślić właściwą formę);
- Wydanie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych w formie: płyta CD;
- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego zgodnie z Formularzem nr 3

8. Dokumentacja wymieniona w pkt. 6: ( zaznaczyć „X” we właściwym wierszu )

- zostanie odebrana osobiście;
- proszę o przesłanie za pośrednictwem poczty za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:  
.....
- proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail – (podać swój adres e-mail).....



**INSTYTUT MEDYCYNY PRACY I ZDROWIA ŚRODOWISKOWEGO  
w likwidacji**

ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec  
NIP 644 001 18 44 • tel. 32 266 08 85 • fax 32 266 11 24  
e-mail: sekretariat@imp.sosnowiec.pl • www.imp.sosnowiec.pl

9. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej dokonam: (zaznaczyć „X” we właściwym wierszu)

- gotówką w Kasie Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w likwidacji
- przekazem pocztowym na adres Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w likwidacji
- przelewem na rachunek bankowy Instytutu : ALIOR BANK S.A nr konta: 27 2490 0005 0000 4530 4311 3186  
(w tytule wpłaty prosimy wpisać imię i nazwisko pacjenta którego dotyczy dokumentacja medyczna).

10. Oświadczenia:

- a) Oświadczam, że akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej, oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki.
- b) Oświadczam, że dane zawarte we Wniosku są zgodne z prawdą.
- c) Oświadczam, że prosząc o wydanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej zostałam(em) poinformowany(a) o zagrożeniach przesyłania danych osobowych drogą elektroniczną, oraz biorę pełną odpowiedzialność za obieg i bezpieczeństwo udostępnionych danych osobowych w sieci.
- d) Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem zawartym we Wniosku oraz, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji zarówno pocztą tradycyjną, jak i za pośrednictwem poczty elektronicznej nie obciąża podmiotu leczniczego.

( data i czytelny podpis Wnioskującego)

( data złożenia Wniosku i podpis osoby przyjmującej Wniosek ze strony podmiotu leczniczego)



**INSTYTUT MEDYCZYNY PRACY I ZDROWIA ŚRODOWISKOWEGO  
w likwidacji**

ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec  
NIP 644 001 18 44 • tel. 32 266 08 85 • fax 32 266 11 24  
e-mail: sekretariat@imp.sosnowiec.pl • www.imp.sosnowiec.pl

CZĘŚĆ B (wypełnia podmiot leczniczy)

11. Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej: ( zaznaczyć „X” we właściwym wierszu )

- zgoda na udostępnienie dokumentacji medycznej;
- odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z Załącznikiem nr 5;
- braku Upoważnienia – Załącznik nr 4, o którym mowa w pkt.3 Wniosku

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej)

12. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

- Potwierdzam tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną

.....  
.....  
( imię i nazwisko)

.....  
.....  
( nazwa i nr dowodu tożsamości)

- Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej                      Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....  
.....  
( data i czytelny podpis osoby wydającej)  
dokumentację medyczną)

.....  
.....  
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)  
dokumentację medyczną)

- a) liczba udostępnionych stron .....  
b) liczba płyt CD .....  
c) wniesiono opłatę w wysokości: .....
- a) dokumentację medyczną wysłano dnia .....  
b) odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej wysłano dnia .....

.....  
(data i czytelny podpis osoby wysyłającej)



**INSTYTUT MEDYCyny PRACY I ZDROWIA ŚRODOWISKOWEGO**  
**w likwidacji**

ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec  
NIP 644 001 18 44 • tel. 32 266 08 85 • fax 32 266 11 24  
e-mail: sekretariat@imp.sosnowiec.pl • www.imp.sosnowiec.pl

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej
2. Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
5. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r, w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i swobodnego przepływu takich danych (RODO).
6. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
7. Ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych RODO).