



SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu, ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław  
PRZYCHODNIA MSWiA we Wrocławiu, ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław

.....  
Data i miejscowość

### WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL.....

- w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

- w przypadku dzieci poniżej 18r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych:

Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego .....

Telefon do kontaktu .....

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej poprzez: \* zakreślić właściwe

- wydanie kopii dokumentacji medycznej – za okres.....
- wydanie płyty RTG – data badania .....
- wydanie w formie (np. wyciągu, odpisu, kserokopia itp.)
- wydanie kopii dokumentacji medycznej (całość dok. medycznej)
- wydanie kopii dokumentacji medycznej (wybrani specjaliści)

Informacje dodatkowe (np. specjalista, okres od/do)

Dokumentację medyczną odbiorę: \* zakreślić właściwe

- osobiście
- upoważniam

Imię Nazwisko, PESEL .....

**Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o kosztach udostępniania dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu**

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
Data i podpis osoby składającej wniosek

Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu z siedzibą przy ul. Ołbińskiej 32, 50-233 Wrocław.

Kontakt do naszego inspektora ochrony danych: [iod@spzozmswia.wroclaw.pl](mailto:iod@spzozmswia.wroclaw.pl).

Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne w biurze podawczym oraz na [http://www.spzoz-msw.wroclaw.pl/zarządzenie/Obowiazek\\_informacyjny.pdf](http://www.spzoz-msw.wroclaw.pl/zarządzenie/Obowiazek_informacyjny.pdf)



1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

\* zakreślić właściwe

- dowodu osobistego .....
- inne .....

2. **Wydano:** \* zakreślić właściwe

- kserokopię dokumentacji medycznej
- płytę CD
- inne .....

3. **Na podstawie:** \* zakreślić właściwe

- pełnomocnictwa do odbioru dokumentacji
- oświadczenia w historii choroby
- zaświadczenia Sądu Rodzinnego:
  - a) opiekun prawny
  - b) rodzina zastępcza

.....  
Data i czytelny podpis pracownika  
wydającego dokumentację

.....  
Data i czytelny podpis osoby  
odbierającej dokumentację

**Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**

Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu z siedzibą przy ul. Ołbińskiej 32, 50-233 Wrocław.

Kontakt do naszego inspektora ochrony danych: [iod@spzozmswia.wroclaw.pl](mailto:iod@spzozmswia.wroclaw.pl).

Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne w biurze podawczym oraz na [http://www.spzoz-msw.wroclaw.pl/zarządzenie/Obowiazek\\_informacyjny.pdf](http://www.spzoz-msw.wroclaw.pl/zarządzenie/Obowiazek_informacyjny.pdf)