*Załącznik do Zarządzenia*

*Dyrektora Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS NIWA   
nr 29/2025 z dnia 26.05.2025 r.*

Kołobrzeg, dnia.............................

**Dyrektor**

**Centrum Rehabilitacji Rolników**

**KRUS NIWA w Kołobrzegu**

**WNIOSEK**

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**[[1]](#footnote-1)**

* + 1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu uprawnionego ......................................................................

.....................................................................................................................................................

Adres zamieszkania/siedziby.........................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr PESEL

(w wypadku składnia przez podmiot uprawniony prosimy wpisać NIP w miejscu nr PESEL)

Rodzaj, seria i nr dowodu tożsamości ………………………………………………………………….

Numer telefonu kontaktowego ………………………………………………...……………………….

Adres poczty elektronicznej …………………………………………………………………………….

1. Osoba zgłaszająca wniosek jest: (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu 🗷)

🞏 pacjentem

🞏 osobą upoważniona przez pacjenta

🞏 przedstawicielem ustawowym pacjenta

🞏 osobą bliską dla zmarłego pacjenta (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta   
 i Rzeczniku Praw Pacjenta)

1. Dokumentacja medyczna dotyczy**[[2]](#footnote-2)**

Imię i nazwisko...........................................................................................................................

Adres zamieszkania.....................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr PESEL

1. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS NIWA w Kołobrzegu w okresie:

......................................................................................................................................................

1. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący (należy wskazać) rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, historia zdrowia i choroby, karta informacyjna z leczenia, wyniki badań- podać jakich, zdjęcie rentgenowskie, inne)

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

1. Dokumentacja w wyżej wymienionym zakresie udostępniana jest po raz pierwszy (zaznaczyć   
   „ x” we właściwym wierszu 🗷)

🞏 tak

🞏 nie

1. Wnioskuję o (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu 🗷)

🞏 wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie Centrum

🞏 sporządzenie kopii dokumentacji medycznej

🞏 sporządzenie wydruku dokumentacji medycznej

🞏 sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej

🞏 sporządzenie odpisu dokumentacji medycznej

🞏 wydanie zapisu z dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych

🞏 sporządzenie odwzorowania cyfrowego (skanu) dokumentacji medycznej i przesłanie pocztą

elektroniczną pod wskazany adres

🞏 wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów)

1. Dokumentacja wymieniona w pkt 4 (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu 🗷)

🞏 zostanie odebrana osobiście;

🞏 zostanie odebrana przez osobę upoważnioną tj. Pana/Panią (imię i nazwisko) …………………... legitymującego/legitymującą się …………………………………… (wpisać rodzaj dokumentu tożsamości) seria……………. nr ………………….

🞏 proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

🞏 proszę o przesłanie za pośrednictwem poczty elektronicznej pod wskazany adres jak w pkt. 1

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wynikających z udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej pobraniowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

W przypadku wyboru doręczenia pocztą elektroniczną, dokumentacja jest przekazywana w postaci   
zaszyfrowanej – zabezpieczona hasłem, które składający wniosek otrzyma na wskazany przez niego numer telefonu: ……………………….

............................................................**[[3]](#footnote-3)**

*(podpis osoby składającej wniosek)*

Nie udostępniono dokumentacji medycznej z powodu:

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

Potwierdzam (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu 🗷):

🞏 wydanie dokumentacji medycznej 🞏 udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

………………….…………………………………………………………..

*(data i czytelny podpis pracownika wydającego/udostępniającego dokumentację)*

1. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczna stwierdzono na podstawie:

…………………………..……………………………. seria ………….. nr …………..……

*(podać nazwę dokumentu tożsamości)*

1. Pobrano opłatę w wysokości ………………………za ……………….. stron dokumentacji medycznej.
2. Wystawiono fakturę/paragon nr ………………………………. z dnia…………………..…

……………………………………………………..

*( czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)*

1. Wysłano listem poleconym nr nadawczy……………………………. dnia…………………
2. Wysłano pocztą elektroniczną na adres: ……………………………. dnia…………………

…………………………………………………….

*(czytelny podpis pracownika wysyłającego dokumentację)*

1. *Zastrzega się formę pisemną wniosku.*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *W związku z obowiązkiem wynikającym z RODO (Rozporządzeniem 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 w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) w przypadku wniosku przesłanego za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera, podpis wnioskodawcy powinien być uwierzytelniony przez notariusza, wójta, burmistrza, prezydenta, radcę prawnego lub adwokata.* ***Brak uwierzytelnienia podpisu wnioskodawcy spowoduje odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej.***

   *W przypadku wniosku przesłanego za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, wniosek musi być opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym.* [↑](#footnote-ref-3)