

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

Bydgoszcz, dnia .....

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Tel. kontaktowy

**Do Dyrekcji  
Szpitala Uniwersyteckiego nr 2  
im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy**

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

\*podkreślić właściwe

Zwracam się z prośbą o wydanie/wysłanie (na w/w adres)\*  
kserokopii\*/odpisu\*/wyciągu\* dokumentacji medycznej:

1. Karty Informacyjnej\*,
2. Całość dokumentacji\*,
3. Inne .....,

uwierzytelnionej/ nie uwierzytelnionej\* pacjenta

.....  
Imię i Nazwisko pacjenta/Pesel lub data urodzenia  
sporządzonej w tutejszym Szpitalu w okresie .....

w Klinice/Oddziale/Poradni/Pracowni/Zakładu .....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej przewidziany w art. 26 i 27 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* i/lub *RODO*

Wniosek zostanie rozpatrzony przez Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela bez zbędnej zwłoki zgodnie z kolejnością jego wpływu do jednostki. W przypadku gdy po dokumentację medyczną pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy dołączyć do wniosku. Szpital nie pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy, 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 u Administratora Danych na stronie internetowej [www.bizuel.umk.pl](http://www.bizuel.umk.pl)

.....  
Podpis Wnioskodawcy

**Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w dniu .....

.....  
Podpis Wnioskodawcy

**Potwierdzenie udostępnienia-wypełnia pracownik Szpitala**

Potwierdzam udostępnienie dokumentacji medycznej .....

Rodzaj wydanej dokumentacji (Nazwa Kliniki/Oddziału/Poradni  
Nr księgi głównej/Rok/Nr kartoteki)

.....  
Podpis pracownika Szpitala