



SZPITAL KLINICZNY
IM. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
W POZNANIU

QD-01/QPDSM-001
WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ

Wydanie 1 z dnia 18.12.2025

Data obowiązywania 18.12.2025

Podstawa/ źródło Standardy Akredytacyjne IM 4,
Ustawa o prawach pacjenta i
Rzeczniku Praw Pacjenta

WAŻNE Przed wypełnieniem wniosku należy przeczytać ZASADY WYDAWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji - (prosimy postawić znak „x”)

- Wniosek ☐ składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
Wniosek ☐ składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic, opiekun prawny)
Wniosek ☐ składa osoba upoważniona przez pacjenta notarialnie lub w dokumentacji medycznej

2. Wypełnia osoba wnioskująca (prosimy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

NAZWISKO..... IMIĘ..... Adres: ulica i
numer domu/ mieszkania..... Kod
pocztowy..... Miejscowość..... nr tel.
kontaktowego..... e-
mail..... proszę powtórzyć e-mail.....

Prosimy o podanie nr telefonu kontaktowego oraz adres e-mail w celu kontaktu w sprawie dokumentacji medycznej

3. Dane pacjenta (dane powinny być zgodne z danymi, które posiada szpital)

NAZWISKO..... IMIĘ.....
Adres: ulica i numer domu/ mieszkania.....
Kod pocztowy..... Miejscowość.....

PESEL

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

4. Dane dotyczące dokumentacji medycznej, o którą występuje wnioskujący

• **Dokumentacja medyczna dotyczy (prosimy postawić znak „x” i podać dane):**

- ☐ Leczenia na oddziale (podać nazwę oddziału, miesiąc i rok leczenia)
Nazwa oddziału
☐ Rok i miesiąc pobytu
☐ Wizyt w Poradni (podać nazwę poradni)
Nazwa poradni
☐ Data wizyty (jeżeli dotyczy tylko tej wizyty).....
☐ Całej dokumentacji pacjenta w szpitalu

• **Rodzaj dokumentacji medycznej (prosimy postawić znak „x”:**

- ☐ papierowa kopia dokumentacji medycznej poświadczona za zgodność z oryginałem skan dokumentacji
medycznej
☐ płyty CD/DVD z nagraniem badania obrazowego (wpisać zdjęcie RTG, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny,
badanie ECHO, cewnikowanie serca lub badanie EEG z miesiąca i roku)

Wydanie dokumentacji (prosimy postawić znak „x”):

- ☐ Odbiorę osobiście
☐ Proszę przesłać zeskanowaną dokumentację medyczną w wiadomości e-mail
☐ Proszę przesłać na adres jak w pkt. 2 (szpital wysyła dokumentację za pobraniem doliczając koszt przesyłki uzależniony od



SZPITAL KLINICZNY
IM. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
W POZNANIU

QD-01/QPDSM-001
WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ

Wydanie 1 z dnia 18.12.2025

Data obowiązywania 18.12.2025

Podstawa/ źródło Standardy Akredytacyjne IM 4,
Ustawa o prawach pacjenta i
Rzeczniku Praw Pacjenta

cennika Poczty Polskiej)

Data wypełnienia wniosku oraz podpis wnioskodawcy:

Potwierdzenie odbioru (data oraz podpis):

.....

.....

Uwaga! Wniosek musi zawierać wszystkie dane.

Pierwsza kopia dokumentacji medycznej w żądanym zakresie i sposobie wydawania jest bezpłatna. Za każdą kolejną kopię naliczana jest opłata.