



**Podbukami 'BIEL-MED' sp. z o.o.**  
43-300 Bielsko-Biała, ul. Szara 5  
KRS:0000003804 NIP 547-19-38-501 REGON 072696793

adres e-mail: [biuro@szpitalpodbukami.pl](mailto:biuro@szpitalpodbukami.pl)  
tel.: (33) 4963364  
[www.szpitalpodbukami.pl](http://www.szpitalpodbukami.pl)

Bielsko-Biała, dnia.....

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### 1. DANE WNIOSKODAWCY (WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI):

Imię i Nazwisko: ..... PESEL .....

Adres zamieszkania - miasto: ..... ul.: ..... nr: .....

Kod pocztowy: ..... poczta: ..... woj.: .....

Telefon kontaktowy: ..... e-mail: .....

### 2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA

Imię i Nazwisko: ..... PESEL .....

### 3. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć x we właściwej rubryce):

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy  
 wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta  
 wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

### 4. WNIOSKUJĘ O: (proszę zaznaczyć x we właściwej rubryce):

- UDOSTĘPNIENIE DO WGLĄDU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
 WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ w postaci:  
 kserokopii  
 odpisu  
 wyciągu  
 wydruku  
 na informatycznym nośniku danych

### 5. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA (proszę podać nazwę nazwa oddziału / poradni / pracowni\*\* oraz okres leczenia) .....w okresie od .....do .....

wyniki badań (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- RTG:                     płyta CD     opis  
 TK:                      płyta CD     opis  
 RM:                      płyta CD     opis

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

### 6. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście/przez osobę upoważnioną\*\* w "BIEL-MED" sp. z o.o.  
ul. Szara 5 w Bielsku-Białej
- Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na  
adres określony w pkt.1 za pobraniem (obejmującym koszty przesyłki wg. stawek Poczty Polskiej.)
- Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana: .....  
legitymującą się dowodem osobistym nr: .....

Oświadczam, iż zapoznałam/ em się z obowiązującym w "BIEL-MED" kosztami wysyłki za pobraniem – w kwocie 17,00 zł (słownie – SIEDEMNAŚCIE ZŁOTYCH). W przypadku nieodebrania przesyłki koszt zostanie powiększony o kwotę zwrotu do nadawcy, tj. 9,50 zł.

.....  
*czytelny podpis wnioskodawcy*

## WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- 1) Potwierdzam odbiór wnioskowanej kserokopii/odpisu/wyciągu/wydruku dokumentacji medycznej/ zdjęcia (płyty) RTG, TK, RM \*\*

.....  
*(data)*

.....  
*imię i nazwisko wnioskodawcy /osoby upoważnionej)*

.....  
*(nr dokumentu tożsamości wnioskodawcy /osoby upoważnionej)*

.....  
*(podpis wnioskodawcy /osoby upoważnionej)*

- 2)Wysłano listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru:

.....  
*(nr nadawczy)*

.....  
*(dnia)*

\* podst. prawna: 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

\*\* niepotrzebne skreślić