

I N S T R U K C J A
UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ
MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W LUBLINIE

1. PODSTAWA PRAWNA

Niniejsza instrukcja ma na celu ustalenie jednolitego sposobu udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom, osobom upoważnionym, przedstawicielom ustawowym pacjenta oraz organom i podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz.156 , z późn. zm.);
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.);
3. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917, z późn. zm.);
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, z uwzględnieniem zmian obowiązujących od 1 stycznia 2026 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 1853);
5. Rozporządzenie 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) (Tekst mający znaczenie dla EOG), (zwane: RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, z późn. zm.);
6. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U.2026.468);
7. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2026.208);
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2025.1675);
9. Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U.2020.164).

2. ZAKRES STOSOWANIA

Powyższa instrukcja obowiązuje we wszystkich komórkach organizacyjnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie.

3. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA

- 1) Dyrektor – za zatwierdzenie niniejszej instrukcji oraz podejmowanie decyzji w sprawach udostępniania dokumentacji medycznej organom i instytucjom zewnętrznym, jeżeli wymagają one akceptacji kierownictwa Zakładu;
- 2) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa – za nadzorowanie zasad stosowania instrukcji w Zakładzie;
- 3) Kierownik Przychodni – za nadzorowanie zasad stosowania instrukcji w Przychodni;
- 4) Ordynatorzy i kierownicy komórek organizacyjnych – za wdrożenie i przestrzeganie zasad stosowania niniejszej instrukcji w obrębie komórki organizacyjnej oraz bieżące udostępnianie dokumentacji medycznej, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka mogłaby narazić pacjenta na szkodę na zdrowiu;
- 5) Lekarz prowadzący lub inny lekarz oddziału – za udostępnianie bieżącej dokumentacji medycznej do

wglądu oraz za sporządzanie i poświadczanie za zgodność z oryginałem kopii dokumentacji wytworzonej w oddziale, według stanu na dzień jej udostępnienia;

- 6) Pracownicy Działu Statystyki i Sprawozdawczości Medycznej z Archiwum Dokumentacji Medycznej – za udostępnianie dokumentacji archiwalnej, przygotowywanie kopii, wydawanie dokumentacji oraz jej wysyłanie uprawnionym organom i podmiotom zgodnie z niniejszą instrukcją, a także za poświadczanie kopii „za zgodność z oryginałem”;
- 7) Pracownik rejestracji w Zakładzie (w tym SOR, DDO, rehabilitacja) – za udostępnianie dokumentacji znajdującej się w zbiorach danej komórki organizacyjnej, przygotowywanie i wydawanie kopii dokumentów zgodnie z niniejszą instrukcją oraz za poświadczanie kopii „za zgodność z oryginałem”;
- 8) Pracownik rejestracji w Przychodni, w tym w Poradni Zdrowia Psychicznego – za udostępnianie dokumentacji będącej w zbiorach Przychodni, przygotowywanie i wydawanie kopii dokumentów zgodnie z niniejszą instrukcją oraz za poświadczanie kopii „za zgodność z oryginałem”.

4. PRAWO PACJENTA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentacja medyczna jest udostępniana po uprzedniej weryfikacji tożsamości i uprawnienia wnioskodawcy, w szczególności:

- 1) pacjentowi, którego dokumentacja dotyczy;
- 2) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta – po okazaniu dokumentu potwierdzającego umocowanie;
- 3) osobie upoważnionej przez pacjenta – na podstawie upoważnienia zamieszczonego w dokumentacji medycznej albo odrębnego upoważnienia albo upoważnienia udzielonego za pośrednictwem IKP (Internetowego Konta Pacjenta);
upoważnienie może zostać udzielone pisemnie albo ustnie do odnotowania w dokumentacji medycznej; Zakład nie wymaga szczególnej formy, o ile możliwe jest zweryfikowanie osoby uprawnionej i zakresu umocowania;
- 4) w przypadku składania wniosku na odległość Zakład może żądać podania danych lub przedstawienia dokumentów niezbędnych do potwierdzenia tożsamości oraz prawa do uzyskania dokumentacji.

5. UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ŚMIERCI PACJENTA

- 1) Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.
- 2) Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. małżonkowi, krewnemu do drugiego stopnia, powinowatemu do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu lub osobie wskazanej przez pacjenta, chyba że udostępnieniu sprzeciwiła się inna osoba bliska albo sprzeciwił się temu pacjent za życia.
- 3) W przypadku sporu między osobami bliskimi albo uzasadnionych wątpliwości co do statusu osoby bliskiej, zgodę na udostępnienie dokumentacji wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 Kodeksu postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym.
- 4) Jeżeli pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej osobie bliskiej, sąd może wyrazić zgodę na jej udostępnienie i określić zakres udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:
 - a) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta;
 - b) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

6. FORMY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentacja jest udostępniana:

- 1) do wglądu na miejscu w siedzibie podmiotu lub miejscu udzielania świadczeń, z zapewnieniem możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- 2) przez sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku albo skanu dokumentacji;
- 3) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych;
- 4) na informatycznym nośniku danych;
- 5) przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu – na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu albo gdy zwłoka mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.
W przypadku wydania oryginału pozostawia się w dokumentacji Zakładu kopię lub pełne odwzorowanie udostępnionych dokumentów.
- 6) Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta, udostępnia się za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

7. OGÓLNE ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- 1) W celu uzyskania dokumentacji medycznej pacjent, jego przedstawiciel ustawowy albo osoba upoważniona składa wniosek ustny lub pisemny; rekomendowaną formą jest wniosek pisemny, w szczególności przy żądaniu wydania kopii, skanów albo dokumentacji przesyłanej na odległość.
Wniosek może zostać zgłoszony bezpośrednio pracownikowi uprawnionemu do udostępniania dokumentacji w danej komórce organizacyjnej albo złożony na formularzu obowiązującym w Zakładzie albo złożony przez Pacjenta w formie pisemnej, formie elektronicznej lub formie dokumentowej.
Wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej stanowi załącznik nr 1 do niniejszej instrukcji, przy czym wzór wniosku stanowi wyłącznie rekomendację, Zakład nie wymaga stosowania wzoru wniosku.
- 2) W przypadku odbioru dokumentacji przez osobę inną niż pacjent należy przedłożyć upoważnienie lub wskazać upoważnienie znajdujące się już w dokumentacji medycznej pacjenta; wzór upoważnienia stanowi załącznik nr 2 do niniejszej instrukcji, przy czym wzór upoważnienia stanowi wyłącznie rekomendację, Zakład nie wymaga stosowania wzoru wniosku.
- 3) Wnioski można składać:
 - a) osobiście, od poniedziałku do piątku, w dni robocze:
 - w Dziale Statystyki i Sprawozdawczości Medycznej z Archiwum Dokumentacji Medycznej SP ZOZ MSWiA w Lublinie, w godz. 7³⁰ - 15⁰⁰,
 - w Rejestracji Przychodni, w godz. 7³⁰ - 18⁰⁰ (dotyczy wyłącznie leczenia w poradniach specjalistycznych i podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień),
 - w sekretariacie Zakładu, w godz. 8⁰⁰ - 15⁰⁰;Wnioski mogą być składane również drogą pocztową albo za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej albo za pośrednictwem adresu do doręczeń elektronicznych (e-doręczenia), z zastrzeżeniem konieczności weryfikacji tożsamości i uprawnienia wnioskodawcy.
- 4) Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki, tj. w najkrótszym możliwym czasie, z uwzględnieniem zakresu żądania i konieczności przygotowania dokumentacji.
- 5) Wzór wniosku i upoważnienia dostępny jest w wyżej wymienionych komórkach organizacyjnych Zakładu oraz na stronie internetowej www.szpitalmsw.pl. Przy czym wzory stanowią wyłącznie rekomendację.
- 6) Odbiór kopii archiwalnej dokumentacji medycznej od poniedziałku do piątku, w dni robocze odpowiednio w Dziale Statystyki i Sprawozdawczości Medycznej z Archiwum Dokumentacji

Medycznej lub w Rejestracji Przychodni, w godzinach wskazanych w ppkt 3.

- 7) Do poświadczania „za zgodność z oryginałem” kopii archiwalnej dokumentacji medycznej upoważnieni są pracownicy Działu Statystyki i Sprawozdawczości Medycznej z Archiwum Dokumentacji Medycznej, a w Przychodni pracownicy Rejestracji. Poświadczą się wyłącznie kopie dokumentacji medycznej wykonane w poligrafii SP ZOZ MSWiA w Lublinie.
- 8) Wydanie dokumentacji medycznej odnotowuje się w wykazie udostępnionej dokumentacji lub na złożonym wniosku, wraz z datą udostępnienia, oznaczeniem osoby wydającej oraz osoby odbierającej albo sposobu wysyłki.
- 9) Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:
 - 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
 - 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
 - 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
 - 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
 - 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
 - 6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.Wykaz prowadzony jest w formie papierowej oraz elektronicznej.

8. UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z LECZENIA W ODDZIALE SZPITALNYM

- 1) W trakcie pobytu w Szpitalu pacjent ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej indywidualnej, dotyczącej jego bieżącego leczenia, za pośrednictwem lekarza prowadzącego lub innego lekarza Oddziału i uzyskania kopii tej dokumentacji sporządzonej w Oddziale i poświadczonej za zgodność z oryginałem przez lekarza tego Oddziału, wg stanu na dzień jej udostępnienia.
- 2) Dokumentacja zbiorcza jest udostępniana na wniosek pacjenta, jedynie w zakresie wpisów dotyczących danego pacjenta, za pośrednictwem lekarza prowadzącego lub innego lekarza tego Oddziału.

9. UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z LECZENIA W PORADNI

- 1) Pacjent leczony w poradni ma prawo wglądu do swojej dokumentacji medycznej za pośrednictwem lekarza prowadzącego.
- 2) Pacjent, osoba upoważniona do otrzymywania kopii dokumentacji medycznej zwraca się z wnioskiem o jej wydanie do Kierownika Przychodni.
- 3) Dokumentacja medyczna wydawana jest przez pracownika Rejestracji Przychodni w postaci kopii i odbywa się na zasadach określonych w pkt 6 i 7 niniejszej instrukcji.

10. UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI W PRACOWNIACH DIAGNOSTYCZNYCH

- 1) Wyniki badań wykonanych w trakcie hospitalizacji stanowią część dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego i są udostępniane na zasadach określonych w niniejszej instrukcji.
- 2) Wyniki badań wykonanych poza hospitalizacją są wydawane pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej albo podmiotowi zlecającemu badanie – zgodnie z zakresem ich uprawnienia.
- 3) Pracownicy Działu Diagnostyki Obrazowej mogą wydawać kopie wyników badań i obrazów diagnostycznych, w tym na informatycznych nośnikach danych lub w formie elektronicznej, zgodnie z niniejszą instrukcją.

11. UDOŚTĘPNIANIE DOKUMENTACJI NA ZEWNĄTRZ ZAKŁADU ORGANOM I UPRAWNIONYM INSTYTUCJOM

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:
 - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
 - 2a) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 2b) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
 - 2c) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146);
 - 2d) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2064);
 - 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - 4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - 5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - 6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - 7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
 - 7a) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
 - 8) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem przeglądu akredytacyjnego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692) albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - 9) (skreślony);
 - 10) (skreślony);
 - 11) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - 12) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284, 909 i 1938), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
2. Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta na zewnątrz Zakładu organom i uprawnionym instytucjom następuje za wiedzą i na podstawie dekretacji Dyrektora SP ZOZ MSWiA w Lublinie. Wnioski skierowane bezpośrednio do Przychodni oraz innych komórek organizacyjnych winny być niezwłocznie przekazywane (wraz z kopią potwierdzoną za „zgodność z oryginałem” dokumentacją) do Dyrektora Zakładu.
3. Każdorazowo należy zweryfikować podstawę prawną żądania, zakres żądanej dokumentacji oraz tożsamość osoby działającej w imieniu uprawnionego organu lub podmiotu.

4. Udostępnianie dokumentacji medycznej organom i instytucjom zewnętrznym następuje z zachowaniem poufności i zasad ochrony danych osobowych, a w przypadku wydania oryginału – za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
5. Wnioski kierowane bezpośrednio do komórek organizacyjnych powinny być niezwłocznie przekazywane do komórki właściwej do obsługi udostępniania dokumentacji medycznej lub do Dyrektora Zakładu, jeżeli wymaga tego charakter sprawy.
6. W razie wydania oryginału dokumentacji medycznej należy pozostawić w Zakładzie jej kopię albo pełny odpis wydanej dokumentacji.

12. UDOŚTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ SZKOLE WYŻSZEJ, INSTYTUTOWI BADAWCZEMU LUB INNEMU UPOWAŻNIONEMU PODMIOTOWI

- 1) Dokumentacja medyczna może być udostępniana podmiotom uczestniczącym w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych.
- 2) Osoby, którym dokumentacja jest udostępniana na potrzeby dydaktyczne albo naukowe, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.
- 3) Dokumentację medyczną udostępnia się do wykorzystania w celach naukowych lub dydaktycznych bez ujawniania danych umożliwiających identyfikację pacjenta, chyba że przepis szczególny stanowi inaczej.
- 4) Dokumentacja jest udostępniana na miejscu w Szpitalu lub Przychodni albo w inny bezpieczny sposób przewidziany w umowie zawartej z danym podmiotem lub w decyzji Dyrektora Zakładu, ze wskazaniem imiennie osób uprawnionych do dostępu.

13. ZASADY ODPLATNOŚCI

1. Zakład udostępnia dokumentację w formie wyciągów, odpisów, kopii, wydruków, skanów lub na informatycznym nośniku danych za odpłatnością, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. Wysokość opłat określa cennik obowiązujący w Zakładzie, z uwzględnieniem maksymalnych stawek wynikających z art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa GUS.
3. Pacjent albo jego przedstawiciel ustawowy ma prawo do pierwszego udostępnienia dokumentacji medycznej w żądanym zakresie nieodpłatnie – w przypadkach i formach przewidzianych w art. 28 ust. 2a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Opłat nie pobiera się również w przypadkach przewidzianych w przepisach odrębnych, w tym wobec podmiotów uprawnionych ustawowo do nieodpłatnego uzyskania dokumentacji.

14. PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zakład przechowuje dokumentację medyczną przez okresy określone w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach wykonawczych, co do zasady przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych poniżej:

- a) dokumentacja medyczna w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia – 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
- b) dokumentacja medyczna dotycząca dzieci do ukończenia 2. roku życia – 22 lata;
- c) zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta – 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
- d) skierowania na badania lub zlecenia lekarza – 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
- e) skierowania, gdy świadczenie nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie – 2 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie, chyba że pacjent odebrał skierowanie.

Załączniki:

- wzór "Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej";
- wzór „Upoważnienie do udostępnienia lub odbioru dokumentacji medycznej”;
- wzór "Wykaz udostępnionej dokumentacji medycznej";
- wzór „Rewers wypożyczenia z archiwum zdjęcia RTG na kliszy”