

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
Z ZASOBÓW ARCHIWALNYCH SZPITALA PRASKIEGO
OSOBOM UPOWAŻNIOMYM**

..... , nr dowodu osob.

/Imię i Nazwisko WNIOSKODAWCY, tj.;

przedstawiciela ustawowego pacjenta;

osoby upoważnionej przez pacjenta/

.....
telefon do kontaktu

.....
/Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej przez pacjenta/

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417 z późniejszymi zmianami], proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej indywidualnej Pani/ PanaNr PESEL....., pacjentki/ pacjenta, hospitalizowanej/-nego/ w Oddziale Szpitala Praskiego w okresie: od do

/wymienić szczegółowo czasokres pobytu; dzień, miesiąc, rok/

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI W NASTĘPUJĄCEJ FORMIE:

- 1/ do wglądu w siedzibie Szpitala,
- 2/ sporządzenie kserokopii historii choroby pacjenta za wskazany okres pobytu,
- 3/ sporządzenie kserokopii wskazanego dokumentu z historii choroby pacjenta,
- 4/ sporządzenie wyciągów, odpisów lub kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem,
- 5/ sporządzenie kopii badań radiologicznych, wykonanych w Zakładzie Radiologii Szpitala, na nośniku elektronicznym.

/NALEŻY PODKREŚLIĆ ŻĄDANĄ FORMĘ UDOSTĘPNIENIA/

OŚWIADCZAM, ŻE:

1/ jestem przedstawicielem ustawowym pacjentki/ pacjenta,

2/ jestem osobą upoważnioną, przez pacjentkę/ pacjenta, do dostępu do dokumentacji medycznej.

/NALEŻY PODKREŚLIĆ WŁAŚCIWE UPOWAŻNIENIE/

3/ zostałam poinformowana/ zostałem poinformowany, że sporządzenie kopii, kserokopii, wyciągów, odpisów lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, oraz sporządzanie kopii dokumentacji radiologicznej na nośniku elektronicznym jest odpłatne [podstawa prawna; art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta].

Data i podpis wnioskodawcy:

Wypełnia statystyk medyczny lub archiwista:

Wniosek wpłynął dnia: Przyjęła/ Przyjął:

Przewidywany termin odbioru:
