

---

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z ZASOBÓW  
ARCHIWALNYCH SZPITALA PRASKIEGO  
PACJENTOWI**

....., nr PESEL .....

/Imię i Nazwisko Pacjenta/ Pacjentki) .....

.....  
telefon do kontaktu

.....  
*/Adres zamieszkania Pacjentki/ Pacjenta//*

Na podstawie art. 23 ust.1 i art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417 z późniejszymi zmianami], proszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej, dotyczącej leczenia w Szpitalu Praskim, w: .....

*/należy wymienić nazwę oddziału szpitalnego lub poradni Przychodni Przyszpitalnej/*

w .....

okresie:

.....  
*/należy wymienić datę lub daty pobytu od – do, lub czasokres objęcia leczeniem w poradni specjalistycznej/*

**PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI W NASTĘPUJĄCEJ FORMIE:**

- 1/ do wglądu w siedzibie Szpitala,
- 2/ sporządzenie kserokopii "Historii Choroby" za wskazany okres pobytu w ODDZIALE SZPITALNYM lub leczenia w poradni specjalistycznej PRZYCHODNI PRZYSZPITALNEJ.
- 3/ sporządzenia kserokopii wskazanych dokumentów z "Historii Choroby",
- 4/ sporządzenie wyciągu, odpisu lub kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem,
- 5/ sporządzenie kopii badań radiologicznych, wykonanych w Zakładzie Radiologii Szpitala Praskiego, na nośniku elektronicznym.

**/NALEŻY PODKREŚLIĆ ŻĄDANĄ FORMĘ UDOSTĘPNIENIA/**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

**Zostałam poinformowana/ zostałam poinformowany, iż sporządzenie kopii, kserokopii, wyciągów, odpisów lub kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem oraz sporządzenie kopii wyników badań radiologicznych na nośniku elektronicznym jest odpłatne, na podstawie art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**

**Udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie Szpitala jest bezpłatne.**

**Data i podpis wnioskodawcy: .....**

---

**Wypełnia statystyk medyczny lub archiwista:**

**Wniosek wpłynął dnia: ..... Przyjęła/ Przyjął: .....**

**Przewidywany termin odbioru: .....**

---

**POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Oświadczam, że moją dokumentację medyczną .....  
..... udostępniono mi zgodnie z wnioskiem i odebrałam  
/ odebrałem w dniu .....**

**Podpis wnioskodawcy: .....**

---