

**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. 2017, poz. 1318 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 czasookres objęcia leczeniem w poradni specjalistycznej/

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI W NASTĘPUJĄCEJ FORMIE:

- 1/ do wglądu w siedzibie Szpitala*,
- 2/ sporządzenia kserokopii wskazanych dokumentów z "Historii Choroby" pacjenta z oddziału szpitalnego (określić rodzaj dokumentu)*:

.....

.....

.....,

- 3/ sporządzenie wyciągu, odpisu lub kserokopii „Historii Choroby” z leczenia szpitalnego potwierdzonej za zgodność z oryginałem*/ bez potwierdzania za zgodność z oryginałem.*

4/ sporządzenie kserokopii "Historii Choroby" z leczenia w poradni specjalistycznej
PRZYCHODNI PRZYSZPITALNEJ*,

5/ sporządzenie kopii badań radiologicznych, wykonanych w Zakładzie Radiologii
Szpitala Praskiego: na nośniku elektronicznym*/ opis*.

- NALEŻY PODKREŚLIĆ ŻĄDANĄ FORMĘ UDOSTĘPNIENIA!/

OŚWIADCZAM, ŻE:

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

Wykonanie kolejnej kopii dokumentacji medycznej lub jej części jest odpłatne.

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:
