

**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. 2017, poz. 1318 z późniejszymi zmianami], proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej indywidualnej Pani/ Pana Nr 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/ sporządzenia kserokopii wskazanych dokumentów z "Historii Choroby" pacjenta z leczenia 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:

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 pierwszej kopii, kserokopii, wyciągów, odpisów lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem bez potwierdzania za zgodność oraz sporządzanie kopii dokumentacji medycznej na nośniku elektronicznym jest bezpłatne [podstawa prawna; art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. 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 dokumentację medyczną Pacjentki/ Pacjenta udostępniono mi zgodnie z wnioskiem i odebrałam / odebrałem w dniu

Podpis wnioskodawcy: