



## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Warszawa, .....

Wnoszę o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych Szpitala, dotyczącej:

- mnie  
 osoby, której jestem prawnym opiekunem  
 posiadam upoważnienie od prawnego opiekuna (w załączeniu)

### DANE PACJENTA

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

### RODZAJ DOKUMENTACJI

SZPITAL (kopia dokumentacji z pobytu w oddziale)

nazwa Oddziału ..... data hospitalizacji .....

pełna dokumentacja       część dokumentacji z zakresu .....

PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA (kopia karty z poradni)

nazwa Poradni ..... data wizyty .....

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

badanie radiologiczne (RTG) – data badania .....

tomografia komputerowa (CT) – data badania .....

Uwagi: .....

Na podstawie art. 28 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. 2012. poz. 159), art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jedn. Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227 ze zm.) oraz Komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2012 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w czwartym kwartale 2011 r. (M.P. z 2012 r. poz. 62) za sporządzenie niżej wymienionej dokumentacji pobierana jest opłata.

Zostałem/łam poinformowany/a o wysokości opłat związanych z wydaniem dokumentacji:

- 30 groszy za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej
- 8,70 zł za jedną stronę wyciągu lub odpisu
- 1,74 zł/szt. za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii na elektronicznym nośniku danych.

W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

### DANE WNIOSKODAWCY

(w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca wymagane jest pisemne upoważnienie)

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

tel. ....  
data i podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE ODBIORU

numer KP i kwota .....

.....  
data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację