



WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Warszawa,

Wnioskuje 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

karta informacyjna 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

PROSZĘ O POŚWIADCZENIE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM

Proszę o wysłanie dokumentacji na adres e-mail:

Uwagi:

Na podstawie art. 28 ust. 2a, 3 i 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz.U. z 2017, poz. 1318 z późn. zm.) za sporządzenie kolejnej kopii wymienionej dokumentacji pobierana jest opłata.

Zostałam/em poinformowana/y o wysokości opłat związanych z wydaniem dokumentacji:

- 0,50 groszy za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej
- 14,38 zł za jedną stronę wyciągu lub odpisu
- 2,87 zł/szt. za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii na elektronicznym nośniku danych

Pierwsza kopia dokumentacji pacjenta z danego zakresu zostanie wydana nieodpłatnie

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko PESEL

tel.
data i podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI

numer KP i kwota

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację