



## 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 (badania nagrane na płycie CD)

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

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

PROSZĘ O POŚWIADCZENIE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM (wyłącznie w przypadku dokumentów do orzeczenia o niepełnosprawności lub do sądu)

**Proszę o wysłanie dokumentacji na adres e-mail (z wyłączeniem zdjęć RTG, TK):**

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:

- 57 groszy za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej
- 16,29 zł za jedną stronę wyciągu lub odpisu
- 3,26 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