

**Komunikat Zarządu Mazowieckiego Szpitala
Specjalistycznego Sp. z o.o. w Radomiu w sprawie odbioru
indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów
przeznaczonej do brakowania (zniszczenia)**

Działając na podstawie art. 29 ust. 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.) oraz §75 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 poz. 2069 z późn. zm.) uprzejmie informujemy, że z uwagi na upływające okresy przechowywania dokumentacji medycznej istnieje możliwość odbioru indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów tj.:

- **Historii chorób z roku 1998.**

Przeznaczoną do brakowania (zniszczenia) dokumentację medyczną będzie mógł odebrać po uprzednim złożeniu wniosku: pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta.

Osoby zainteresowane odbiorem indywidualnej dokumentacji medycznej z tego okresu prosimy o zgłaszanie się do Archiwum Zakładowego (tel. 48 361 35 59, 48 361 48 26), pokój nr 30 na parterze, Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. w Radomiu ul. Juliana Aleksandrowicza 5, do dnia 30.04.2019 roku od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-14.00.

Po w/w terminie dokumentacja medyczna zgodnie z procedurą zostanie przeznaczona do brakowania (zniszczenia).

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej można pobrać na miejscu w Archiwum Zakładowym lub tutaj ([pobierz plik](#)).

Indywidualną dokumentację medyczną wydajemy osobom uprawnionym za okazaniem dokumentu tożsamości.

Radom, dn. 18.02.2019



Zarząd
Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.
ul. Juliana Aleksandrowicza 5
26-617 Radom

**Wniosek
o wydanie oryginału dokumentacji
medycznej przeznaczonej do brakowania**

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL Nr telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

3. Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki w
(podać oddział/poradnię i datę pobytu/badania)

.....

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Potwierdzenie
odbioru oryginału dokumentacji
medycznej przeznaczonej do brakowania**

1. Tożsamość osoby odbierającej oryginał dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

..... nr
(nazwa dokumentu)

2. Ilość stron

3. Ilość płyt CD

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data i czytelny podpis pracownika wydającego)

* wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o oryginał dokumentacji medycznej jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta