



.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy
(pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona, osoba bliska dla zmarłego pacjenta)

.....
Adres

.....
PESEL

.....
numer telefonu

**Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.
ul. Aleksandrowicza 5
26 – 617 Radom**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

.....
(Imię i nazwisko pacjenta i jego nr PESEL)

Nazwa komórki organizacyjnej, której dokumentacja dotyczy:
Oddziału/Poradni/Zakładu:.....
w zakresie:

☐ dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:

☐ wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:

1)

2)

3)

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

☐ w formie kopii

☐ na elektronicznym nośniku danych (np. płyta CD),

☐ inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej¹:

Sposób odbioru dokumentacji:

☐ osobiście

☐ przesłanie pocztą na adres i koszt wnioskodawcy²:.....

☐ przez osobę upoważnioną³

Oświadczanie wnioskodawcy:

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą. Oświadczam, że mam wiedzę na temat wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. Zobowiązuje się do pokrycia kosztów wydania dokumentacji medycznej oraz kosztów ewentualnej wysyłki zgodnie z cennikiem Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.

.....
(Podpis wnioskodawcy)

¹ Pozostałe formy określone w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

² Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

³ nie zaznacza osoba, która wnioskuję o wydanie dokumentacji

POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU

☐ Tożsamość osoby uprawnionej do odbioru dokumentacji medycznej ustalono na podstawie:

.....
(nazwa dokumentu tożsamości)

☐ Wniosek nie został zrealizowany. Przyczyna.....

☐ Dokumentacja bezpłatna

☐ Dokumentacja płatna

- ilość stron:.....

- ilość płyt CD:.....

- opłatę wniesiono w wysokości:.....

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

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

Dokumentację medyczną wydano:

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)