



.....
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

Oświadczenie 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.

.....

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, nr)

☐ 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)