



Szanowni Państwo,

za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala się opłatę w wysokości:

- 1) za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej –  
**17,50 zł;**
- 2) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej –  
**0,61 zł;**
- 3) za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym  
nośniku danych –  
**3,50 zł.**

Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi po raz pierwszy w żądanym zakresie.





POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o. w restrukturyzacji  
05-400 Otwock; ul. Batorego 44  
tel. centrala 22 778 26 00; faks: 22 779 09 90; e-mail: sekretariat@pcz-otwock.pl

Nr wniosku ...../.....  
Wypełnia pracownik Szpitala

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

### 1. Osoba występująca z wnioskiem

- pacjent, którego dokumentacja dotyczy       przedstawiciel ustawy/opiekun prawny pacjenta  
 osoba upoważniona przez pacjenta       osoba bliska pacjenta, tj. ....  
 inne, tj. ....

### 2. Wnioskodawca

<b>Dane pacjenta:</b> Imię i nazwisko ..... PESEL ..... Inne dane umożliwiające identyfikację (np. data urodzenia, imiona rodziców, dokument tożsamości) ..... Nr tel. kontaktowego .....	<b>Dane osoby występującej z wnioskiem:</b> (należy wypełnić wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.) Imię i nazwisko ..... PESEL ..... Adres ..... Nr tel. kontaktowego .....
---	---

### 3. Szczegóły dokumentacji medycznej

- 1) **miejsce oraz czas udzielania świadczeń zdrowotnych:**  
 nazwa jednostki/komórki organizacyjnej Szpitala (nazwa oddziału, zakładu, przychodni) .....  
 termin udzielania świadczeń zdrowotnych: od dnia ..... do dnia .....
- 2) **rodzaj dokumentacji:**  
 historia choroby    karta informacyjna    płyta CD z badaniem RTG/TK/MR  
 Inna dokumentacja medyczna: .....
- 3) **tryb/forma udostępnienia dokumentacji medycznej:**  
 wgląd do oryginału w Archiwum Szpitala    wyciąg    odpis    kopia (za zgodność z oryginałem)    wydruk (dotyczy tylko karty informacyjnej z leczenia szpitalnego)    na informatycznym nośniku danych (płyta CD)    inne.....
- 4) **sposób odbioru:**  
 odbiór osobisty – płatność przy odbiorze    przesyłką na adres .....  
przesyłka za pobraniem, ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru, z adnotacją do rąk własnych.

### 5. Oświadczenia

- 1) Oświadczam, że akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego. Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1127, z późn. zm.).
- 2) Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
- 3) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez pracownika podmiotu leczniczego o wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....  
(data złożenia wniosku i podpis osoby przyjmującej)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

### 6. Dodatkowe informacje

- Czy wnioskowana dokumentacja jest udostępniana po raz pierwszy w żądanym zakresie?  
 TAK       NIE
- Czy wnioskowana dokumentacja ma być wykorzystana w sprawach przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych?  
 TAK       NIE

## Część wniosku do wypełnienia przez pracownika Archiwum Szpitala

### 1. Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej

- zgoda na udostępnienie  
 odmowa udostępnienia z powodu: .....

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji)

### 2. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej Pani/Panu:

.....  
(imię i nazwisko)

Potwierdzam wydanie dokumentacji  
Medycznej\*:

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

Potwierdzam odbiór dokumentacji  
medycznej\*:

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

\* jeśli dotyczy – należy uzupełnić w przypadku, gdy dokumentacja nie jest wysyłana.

- 1) liczba udostępnionych stron.....  
2) liczba płyt CD.....  
3) wniesiono opłatę w wysokości .....

4) dokumentacja poświadczona za zgodność z oryginałem

Tak  Nie

1) Dokumentację medyczną wysłano w dniu\*\* .....

2) Odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej wysłano w dniu\*\* .....

.....  
(data i podpis osoby wysyłającej)

\* jeśli dotyczy – należy uzupełnić w przypadku, gdy dokumentacja jest wysyłana.