

Wnioskodawca:

Dzierżoniów, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania

PESEL: \_\_\_\_\_

tel. kontaktowy: \_\_\_\_\_

**Do Prezesa Zarządu  
NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o.  
58-200 Dzierżoniów, ul. Cicha 1**

Zwracam się z prośbą o udostępnienie (kopii/ wyciągu/ odpisu\*) dokumentacji medycznej dotyczącej Pacjenta \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ sporządzonej w tutejszym NZOZ Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Dzierżoniowie, w szczególności:

- Karty informacyjnej z leczenia szpitalnego w oddziale \_\_\_\_\_ lub porady ambulatoryjnej w Izbie Przyjęć\* podczas pobyt w okresie od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_
- Karty medycznych czynności ratunkowych, udzielonych w dniu \_\_\_\_\_
- Wpisu do książki ambulatorium izba przyjęć lub poradni przyszpitalnej
- Historii choroby sporządzonej podczas leczenia szpitalnego w oddziale \_\_\_\_\_ w okresie od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_
- Historii zdrowia i choroby z leczenia w poradni \_\_\_\_\_, Podstawowej Opieki Zdrowotnej\*
- Odpisu książeczki zdrowia dziecka
- inne \_\_\_\_\_
- Wynik badania \_\_\_\_\_ na nośniku elektronicznym.

Proszę o wypożyczenie zdjęć RTG z zastrzeżeniem ich zwrotu niezwłocznie po ich wykorzystaniu do siedziby NZOZ Szpitala Powiatowego w Dzierżoniowie Sp. o.o. (Dział Statystyki i Archiwum).

- Zdjęcia RTG wykonane w dniu \_\_\_\_\_.

**Zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z udostępnianiem wnioskowanej dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ Szpitalu Powiatowym w Dzierżoniowie Sp. z o.o. opracowanym na podstawie art. 28 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam .....  
Imię Nazwisko, nr dokumentu tożsamości

\_\_\_\_\_  
(podpis wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

**Potwierdzenie odebrania dokumentacji medycznej**

1. Data wydania dokumentu \_\_\_\_\_

2. Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie

\_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko (numer dokumentu tożsamości)

3. Wydano \_\_\_\_\_ sztuk zdjęć RTG/CD\*.

4. Potwierdzenie

pracownika wydającego dokumentację medyczną:

\_\_\_\_\_  
(data i podpis pracownika NZOZ Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Dzierżonowie)

odbioru dokumentacji medycznej:

\_\_\_\_\_  
(data i podpis odbierającego)

\_\_\_\_\_  
1. Zdjęcia RTG \_\_\_\_\_ sztuk oddano do Działu Statystyki i Archiwum Medycznego w Dzierżonowie  
w dniu \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_

pracownika przyjmujący dokumentację medyczną:

\_\_\_\_\_  
(data i podpis pracownika NZOZ Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Dzierżonowie)