

Wnioskodawca:

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

miejsowość

\_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko

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 (po raz pierwszy pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu\* kopii/ wyciągu/ odpisu\*) dokumentacji medycznej dotyczącej Pacjenta

\_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

sporządzonej w NZOZ Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Dzierżoniowie, w szczególności:

- Karty informacyjnej z leczenia szpitalnego w oddziale \_\_\_\_\_ podczas pobytu w okresie od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_ lub porady ambulatoryjnej w Izbie Przyjęć w dniu \_\_\_\_\_.
- Karty medycznych czynności ratunkowych, udzielonych w dniu \_\_\_\_\_.
- 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. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie.**

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście  upoważniam \_\_\_\_\_

Imię Nazwisko, nr dokumentu tożsamości

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

## 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 Dzierżoniowie)

odbioru dokumentacji medycznej:

---

(data i podpis odbierającego)

---

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

pracownika przyjmujący dokumentację medyczną:

---

(data i podpis pracownika NZOZ Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Dzierżoniowie)