

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 (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 pobyt 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)

* 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)