

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuję o wydanie kopii dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żorach Sp. z o. o., a dotyczącej:

- mnie,
 osoby, której jestem prawnym opiekunem,
 osoby, która upoważniła mnie na piśmie do uzyskania kopii dokumentacji (upoważnienie w załączeniu).

■ DANE PACJENTA (proszę wypełniać drukowanymi literami)

Imię i nazwisko

PESEL telefon

■ ZAKRES DOKUMENTACJI

SZPITAL		Poradnia Ginekologiczna	<input type="checkbox"/>
Izba Przyjęć	<input type="checkbox"/>	POGOTOWIE RATUNKOWE	
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	<input type="checkbox"/>	Ambulatorium	<input type="checkbox"/>
Oddział Wcześnieaków i Noworodków	<input type="checkbox"/>	Zespół wyjazdowy	<input type="checkbox"/>
Oddział Chorób Wewnętrznych	<input type="checkbox"/>	DIAGNOSTYKA	
Oddział Chirurgii Ogólnej	<input type="checkbox"/>	RTG – opis badania	<input type="checkbox"/>
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	<input type="checkbox"/>	USG – opis badania	<input type="checkbox"/>
Oddział Pediatriczny	<input type="checkbox"/>	ENDOSKOPIA – opis badania	<input type="checkbox"/>
Poradnia Chirurgiczna	<input type="checkbox"/>		

Inne, szczególne (proszę opisać)

Data udzielenia świadczenia zdrowotnego, wykonania badania

■ DANE WNIOSKODAWCY (jeżeli są inne, niż dane pacjenta)

Imię i nazwisko

PESEL telefon

UWAGA – dokumentacja wydawana jest wyłącznie wnioskodawcy.

Na podstawie art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest opłata. O wysokości opłaty zostałem poinformowany. W przypadku nie odebrania zleconej do skopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej sporządzenia. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu.

Data wydania data i podpis wnioskodawcy
Opłata	
Faktura nr	
..... podpis osoby wydającej dokumentację podpis osoby odbierającej dokumentację