

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnoszę o udostępnienie mi 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.

### **A** DANE PACJENTA - OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY DOKUMENTACJA

.....  
imię i nazwisko, PESEL - proszę wypełnić drukowanymi literami

### **B** MIEJSCE UDZIELENIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

SZPITAL		OPIEKA AMBULATORYJNA / DIAGNOSTYKA	
Izba Przyjęć	<input type="checkbox"/>	Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej	<input type="checkbox"/>
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	<input type="checkbox"/>	Poradnia Chirurgiczna	<input type="checkbox"/>
Oddział Wcześnieiaków i Noworodków	<input type="checkbox"/>	Poradnia Ginekologiczna	<input type="checkbox"/>
Oddział Chorób Wewnętrznych	<input type="checkbox"/>	Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	<input type="checkbox"/>
Oddział Chirurgii Ogólnej	<input type="checkbox"/>	Pracownia RTG	<input type="checkbox"/>
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	<input type="checkbox"/>	Pracownia USG	<input type="checkbox"/>
Oddział Pediatriczny	<input type="checkbox"/>	Pracownia endoskopowa	<input type="checkbox"/>

### **C** KIEDY ZOSTAŁO UDZIELONE ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE

### **D** ZAKRES DOKUMENTACJI

- karta informacyjna / wynik badania,
- cała dokumentacja,
- wybrane dokumenty:

1. ....
2. ....
3. ....

### **E** DOKUMENTACJĘ PROSZĘ UDOSTĘPNIĆ W FORMIE

- kopii lub wydruku
- na informatycznym nośniku danych (płyta CD),

przesłać na adres e-mail: .....  
proszę wypełnić drukowanymi literami

**(F) DANE WNIOSKODAWCY**

.....  
imię i nazwisko, PESEL - proszę wypełnić drukowanymi literami

.....  
adres, telefon - proszę wypełnić drukowanymi literami

**UWAGA** – dokumentacja udostępniana 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.*

*Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji w żądanym zakresie po raz pierwszy.*

Data wydania .....

.....  
data i podpis wnioskodawcy

Opłata .....

Faktura nr .....

.....  
podpis osoby wydającej dokumentację

.....  
podpis osoby odbierającej dokumentację