

**Wniosek  
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. Wnioskodawca:

Nazwisko .....

Imię .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia.....

Dowód tożsamości.....

Numer telefonu.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy (dane pacjenta):

Nazwisko .....

Imię .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia.....

3. Rodzaj dokumentacji medycznej:

.....  
.....  
.....

4. Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt.3 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wyszukania i wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z opracowanym. na podst. art.28 ust.4, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta cennikiem obowiązującym w Powiatowym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rydułtówach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl. Wpłaty należy dokonać w kasie Szpitala w Wodzisławiu Śl. lub w punkcie kasowym Szpitala w Rydułtówach.

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej w dniu.....

.....

( Podpis pracownika )

.....

( Podpis odbierającego )