Załącznik nr 1 do Procedury QP-003/OG/ZI, Wyd. 9

*Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim*

# Wniosek

**o udostępnienie dokumentacji medycznej**

## Wnioskodawca:

### Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………

Imię ………………………………………………………………………………………………………… Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia…………………………………………………………………………………………... Dowód tożsamości…………………………………………………………………………………………. Numer telefonu………………………………………………………………………………………………

## Dokumentacja medyczna dotyczy (dane pacjenta):

### Nazwisko ...............................................................................................................................................

Imię ………………………………………………………………………………………………………… Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………… Data urodzenia ……………………………………………………………………………………………

## Rodzaj dokumentacji medycznej:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Wnioskuję o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 3 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wyszukania i wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z opracowanym na podstawie art. 28 ust.4, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
(Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.) cennikiem obowiązującym w Powiatowym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl.

Opłata pobierana jest za wyjątkiem sytuacji opisanej w art. 28 ust. 2a pkt 1 cyt. ustawy. Wpłaty należy dokonać w Kasie Szpitala w Wodzisławiu Śl. lub w Rejestracji ZPS w Rydułtowach.

5. Uwagi …………………………………………………………………………………………………….

…….………………………………………..

**(data, czytelny podpis wnioskodawcy)**

### 6. Potwierdzenie odbioru

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

…………………………………. ………………………………………….. ( Podpis pracownika ) ( Podpis odbierającego )