

Załącznik Nr 1
do Zarządzenia nr P.BZ.K 0116(1)2018
z dnia 5 marca 2018 roku

**WNIOSEK
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Wnioskuje o udostępnienie do wglądu w siedzibie Spółki*/wydania kserokopii* /wyciągu* /odpisu*/oryginału* dokumentacji medycznej dotyczącej:

- mojego stanu zdrowia**
- stanu zdrowia osoby, którym jestem przedstawicielem ustawowym**
- stanu zdrowia osoby przez którą zostałem/am upoważniony/na, które załączam**

Wnioskodawca:

Imię i nazwiskoPESEL.....

Rodzaj dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

Nr telefonu

Dane Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko

Data urodzenia..... PESEL.....

Adres zamieszkania

Nazwa Oddziału

Pobyt od dnia do dnia

Nazwa Poradnilata

Wizyta ambulatoryjna w dniu.....

Rodzaj dokumentacji medycznej (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

- historia choroby
- karta informacyjna
- zdjęcie RTG
- płyta CD badaniem RTG
- płyta CD z badaniem CT

Inne

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję zasady i tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta (Dz. U. z 2017 roku, poz. 1318 z późn. zm.) oraz, że pokryję w całości koszty wykonania i kopiowania dokumentacji zgodnie z ww. ustawy. Kserokopia dokumentacji medycznej jest płatna zgodnie z zapisami Zarządzenia Prezesa Zarządu.

.....
/ Data/

.....
/ Czytelny podpis wnioskodawcy/

Potwierdzenie odbioru :

Potwierdzam odbiór kserokopii*/wyciągu/odpisu*/ oryginału dokumentacji medycznej w

dnia:.....

Zobowiązuje się zwrócić Powiatowemu Centrum Zdrowia sp. z o.o. z siedzibą Opolu Lubelskim oryginały pobranej dokumentacji medycznej niezwłocznie po wykorzystaniu tj. do dnia

.....
/ Data i podpis osoby wydającej dokumentację/

.....
/ Data i podpis osoby odbierającej dokumentację/

* niepotrzebne skreślić

** odpowiednie zaznaczyć

*** jeżeli nie dotyczy skreślić