

**WNIOSEK  
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Wnoszę 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 nazwisko .....PESEL.....

Rodzaj, seria i nr 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 Poradni .....lata .....

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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 roku, poz. 581) 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 dniu:.....

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