

Załącznik nr 1
do Zarządzenia nr P.PJ. 0116(7-10)2025
z dnia 15 października 2025 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, 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 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 (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