

 <p>Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej</p>	FORMULARZ	F-4.2.4-01-01
	Wniosek o sporządzenie wyciągu / odpisu / kopii dokumentacji medycznej	
	Wydanie II z dnia 28.06.2017 r. Strona: 1 z 1	

WNIOSKODAWCA (wypełnić drukowanymi literami)

.....
Imię i nazwisko

Wilkowice, dnia

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Dowód tożsamości

**Do Dyrekcji
SP ZOZ Szpitala Kolejowego
w Wilkowicach**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii* / wyciągu* / odpisu* / skanu* / do wglądu* / oryginalnej* / dokumentacji medycznej pełnej* / częściowej* / uwierzytelnionej* / nie uwierzytelnionej* / z wynikami badań* / bez wyników badań* / zdjęcia rtg*

pacjentaPESEL

sporządzonej w tutejszym SP ZOZ w okresie

w Oddziale* / Poradni*

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 24 ust. 1 *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 r. nr 112, poz.65)*, przewidziany w art. 26 i 27 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz. U z 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm)*. oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

* niepotrzebne skreślić

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór kopii* / wyciągu* / odpisu* / skanu* / do wglądu* / płyty CD* / do wglądu* / oryginalnej* i zobowiązuję się do zwrotu w terminie do

Potwierdzam wypożyczenie zdjęć RTG* i zobowiązuję się do zwrotu w terminie do

.....
(Data i podpis pracownika Szpitala)

.....
(Data i podpis odbierającego)

* niepotrzebne skreślić