

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

**Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. Wnioskodawca:

Nazwisko

Imię

Adres zamieszkania

Data urodzenia.....

Dowód tożsamości.....

Numer telefonu.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy (dane pacjenta):

Nazwisko

Imię

Adres zamieszkania

Data urodzenia

3. Rodzaj dokumentacji medycznej:

.....
.....

4. Wnioskuje 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.

Oplata 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)