Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o.	Formularz SZJ nr F-4.2.4-02- 29	Strona	1 z 1
	WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ w formie kopii*/wyciągu*/odpisu* z dnia …… **nr……/……**	Wydanie	3 z dn. 2014.10.07
		Zmiana	1

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: ……

Adres zamieszkania: ……

PESEL lub data urodzenia: ……

Telefon kontaktowy: ……

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii*/wyciągu*/odpisu* dokumentacji medycznej ww. pacjenta, sporządzonej w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w okresie ……, korzystającego ze świadczeń medycznych w ……

Na podstawie art. 28 ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.) za sporządzenie kopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej pobierana jest opłata. Zostałem/łam poinformowany/a o wysokości opłat związanych z wydaniem ww. dokumentacji.

Powyższą dokumentację odbiorę osobiście.* Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej przy odbiorze dokumentacji.
Powyższą dokumentację odbierze osoba* (imię i nazwisko osoby odbierającej, adres zamieszkania)

……....
Zobowiązuję się powiadomić osobę odbierającą o konieczności pokrycia kosztów wykonania kopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej.

W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

……
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

Decyzja odnośnie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Zgoda Dyrektora ds. Lecznictwa*
Ordynatora Oddziału*

……..…
(data, podpis, pieczątka)

Potwierdzenie odbioru: Potwierdzam odbiór kserokopii*/wyciągu*/odpisu* dokumentacji medycznej: **z historii choroby, historii pielęgnowania, raportu lekarskiego, raportu pielęgniarskiego.**

…….
(data, czytelny podpis pracownika)

……
(data, czytelny podpis, nr dowodu osobistego pacjenta lub opiekuna prawnego/osoby odbierającej)

*niepotrzebne skreślić

Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o.	**Formularz SZJ nr F-4.2.4-02- 30**	Strona	1 z 1
	WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Wydanie	**3** z dn. 2014.10.07
	w formie oryginału z dnia …… **nr……/……**	Zmiana	1

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: ……..

Adres zamieszkania: ……..

PESEL lub data urodzenia: ……..

Telefon kontaktowy: ……..

Zwracam się z prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej ww. pacjenta sporządzonej w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w okresie:

…..……..……

korzystającego ze świadczeń medycznych w:

……

Jednocześnie zobowiązuję się zwrócić dokumentację po jej wykorzystaniu, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia wydania ww. dokumentacji.

……
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

Decyzja odnośnie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Zgoda Prezesa Zarządu*
Dyrektora ds. Lecznictwa*
Ordynatora Oddziału *

……..…
(data, podpis, pieczątka)

Potwierdzenie odbioru: Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do jej zwrotu w terminie do dnia ……..

……
(data, czytelny podpis pracownika)

……
(data, czytelny podpis, nr dowodu osobistego pacjenta lub opiekuna prawnego/osoby odbierającej)

*niepotrzebne skreślić