



Chorzów, dnia

Dyrektor
NZOZ Lecznicy Dzieci i Dorosłych
Szpitala im. I. Mościckiego
41-500 Chorzów
Ul. Powstańców 27

WNIOSEK

o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Osoba występująca z wnioskiem (właściwie zakreślić):

- Pacjent
- Osoba upoważniona przez pacjenta/przedstawiciel ustawy
- Inny podmiot występujący z wnioskiem (jaki?)

<p>Dane pacjenta:</p> <p>Imię i nazwisko</p> <p>PESEL <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Numer historii choroby</p> <p>Adres</p> <p>.....</p> <p>Nr tel. kontaktowego</p>	<p>Dane podmiotu występującego z wnioskiem:</p> <p>Imię i nazwisko</p> <p>PESEL/NIP/KRS/nr EDG oraz określenie osoby upoważnionej do działania w imieniu tego podmiotu</p> <p>.....</p> <p>Stopień pokrewieństwa.....</p> <p>Adres</p> <p>.....</p> <p>Nr tel. kontaktowego</p>
---	---

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii (właściwie zakreślić):

1. historii choroby z leczenia w NZOZ Lecznicy Dzieci i Dorosłych Szpital im. I. Mościckiego
 - w oddziale w Poradni Specjalistycznej (jakiej?)
 - w okresie
 2. innej dokumentacji medycznej:
- W celu (właściwie zakreślić):
- dalszego leczenia
 - dokumentacja do innych celów niż leczenie (jakich?)

Kserokopię dokumentacji medycznej (właściwie zakreślić):

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona

Oświadczam, że zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009r. nr 52, poz. 417 z późn. zm.) zgadzam się na pokrycie kosztów związanych z kserowaniem i wydawaniem dokumentacji w wysokości 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale za stronę i w wysokości 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale za dokumentację w formie elektronicznej, a także na koszty przesyłki, zgodnie z taryfikatorem publicznego operatora pocztowego – Poczty Polskiej. W przypadku wniosku o przesłanie dokumentacji na adres wskazany we wniosku, wyrażam zgodę na wysłanie przesyłki płatnej za pobraniem.

Podpis pacjenta/ osoby wnioskującej

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej w NZOZ Lecznicy Dzieci i Dorosłych Szpitalu im. I. Mościckiego: (wypełnia tylko pacjent i upoważnienie dotyczy dokumentacji medycznej, o której mowa jest w niniejszym wniosku)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania:

Podpis pacjenta
(osoby, której dotyczy dokumentacja)

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej:

Data i podpis pacjenta / osoby upoważnionej