

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Miejscowość .....

Data .....

Nr wniosku.....

Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny  
im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej  
ul. Szpitalna 13  
41-300 Dąbrowa Górnicza

### 1. WNIOSKODAWCA\*

.....  
Imię i nazwisko PESEL nr dowodu osobistego

.....  
Adres zamieszkania, telefon

### 2. DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY PACJENTA:\*\*

.....  
Imię i nazwisko PESEL

.....  
Adres zamieszkania

### 3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W:

.....  
komórka .....od.....do.....

### 4. RODZAJ / ZAKRES DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

(historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, zdjęcia, inne)

.....  
.....  
.....

### WNIOSKUJE O:

- Wydanie oryginału kliszy z badania RTG
- Wgląd do dokumentacji medycznej
- Kserokopię, wydruk, odpis, wyciąg, kopię informatycznego nośnika danych z dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii zgodnie z Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Szpitala

.....  
Podpis wnioskującego

\*Wnioskujący:

- Pacjent
- Osoba upoważniona – osoba wyszczególniona w „Oświadczeniu pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskania dokumentacji medycznej”.
- Przedstawiciel ustawowy – osoba, która na mocy przepisu prawa może działać w imieniu pacjenta

\*\*Wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca wnioskuje o wydanie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

### Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, iż dnia ..... otrzymałam/em w/w dokumentację medyczną.

1. Zobowiązuję się do zwrotu oryginałów wyżej wymienionych zdjęć RTG do dnia .....
2. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii / wydruku / odpisu / wyciągu zgodnie z Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Szpitala

Ilość stron .....kwota do zapłaty.....zł

.....  
Podpis pracownika wydającego dokumentację

.....  
Czytelny podpis odbierającego

## Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, iż dostarczyłem/am wypożyczone dnia .....na podstawie wniosku nr ..... oryginały klisz z badania RTG:

nieuszkodzone

uszkodzone .....

.....

.....  
data

.....  
podpis zdającego

.....  
podpis odbierającego