**SZPITAL IM. ŚWIĘTEJ JADWIGI ŚLĄSKIEJ**

**W TRZEBNICY**

Trzebnica, dnia …………………………

**Wniosek o wydanie kserokopii/oryginału dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala dotyczącej:**

□ Mojej osoby

□ Osoby, której jestem prawnym opiekunem

□ Posiadam upoważnienie (w załączniku)

**1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:**

Nazwisko: …………………………………………………… Imię: …………………………… PESEL: ………………………….

**Przebywał:**

Oddział ……………………………………………………daty hospitalizacji: ………………………………………………………

**Diagnostyka obrazowa (RTG)**

Badanie wykonano na oddziale ………………………………..…………… w dniu ………………………………………………

Badanie wykonano w poradni ………………………………………...…….. data wizyty …………………………………………

□ Płyta CD z badaniem RTG □ Płyta CD z badaniem TK □ Klisza RTG

**Inne szczególne** (wymagany opis wniosku)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Sposób odbioru dokumentacji:**

□ Odbiór osobisty

□ Przesłanie za zaliczeniem pocztowym na adres wnioskodawcy

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

**2. DANE WNIOSKODAWCY** *(w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inne osoby ni. wnioskodawca wymagane jest upoważnienie)*

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………… PESEL …………………………………………….

Adres : …………………………………………………………………………………………………………………….telefon: ……………………………………….

…………………………………………..

 *(data i podpis wnioskodawcy*

Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczna: …………………………

………………………………………… …………………………………………….

*data i podpis osoby wydającej dokumentację (data i podpis osoby odbierającej dokumentację*