**SZPITAL IM. ŚWIĘTEJ JADWIGI ŚLĄSKIEJ**

**W TRZEBNICY**

Trzebnica, dnia …………………………

**Wniosek o wgląd do 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……………….………………………………………..

Poradnia ………………………………………………….. data wizyty ……………………………………………………………….

**Diagnostyka obrazowa (RTG)**

Badanie wykonano w czasie:

□ pobytu szpitalnego w oddziale……………………………………….. w dniu ……………………………….…………….…….

□ wizyty ambulatoryjnej w poradni…………………………….……….. w dniu …………………………………………….……..

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

Inne szczególne (wymagany opis wniosku)

…………………………………………………………………………………………….

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

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

Adres ………………………………………………………………………………….……... tel. …………………………..………….

…….………...………………………………….…………

 *data i podpis wnioskodawcy*

**Dokumentację do wglądu udostępniono dnia** ……………………………..……………………………………………………..

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

*data i podpis osoby udostępniającej dokumentacje data i podpis osoby oglądającej dokumentację*