



Szpital Powiatowy w Pyrzycach

ul. Jana Pawła II nr 2, 74-200 Pyrzyce

Wniosek o kserokopię dokumentacji medycznej

Pan
Dyrektor
Szpitala Powiatowego w Pyrzycach
ul. Jana Pawła II nr 2

1. Wnioskodawca:
Imię i nazwisko
- Adres zamieszkania
- Nr PESEL
- Numer telefonu kontaktowego
2. Dokumentacja medyczna dotyczy:
Imię i nazwisko
- Adres zamieszkania
- Nr PESEL
3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu):
.....
4. Do jakich celów udostępniana jest dokumentacja medyczna
5. Rodzaj dokumentacji medycznej (zaznaczyć x we właściwej rubryce):
 historia choroby, karta informacyjna, porada w Izbie Przyjęć, inne:
6. Kserokopię dokumentacji medycznej wymienionej w pkt. 3 i 5. (zaznaczyć x we właściwej rubryce):
 odbiorę osobiście,
 proszę przesłać na adres określony w pkt. 2,
 wnioskuję o wgląd do dokumentacji na miejscu.
7. Wniosek o kserokopię ww. dokumentacji składam:
 po raz pierwszy po raz kolejny

Zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z kserowaniem wnioskowanej dokumentacji **po raz kolejny** – zgodnie z Dz. U. nr 52 poz. 417 z dnia 31 marca 2009 roku - o *prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta*, tj.: opłata za jedną stronę kserokopii dokumentacji medycznej wynosi 0,00007 publikowanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego – przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

Zobowiązuję się do zapłaty za przesłanie pocztą kserokopii dokumentacji medycznej w kasie szpitala w wysokości obowiązującej wg aktualnego cennika Szpitala Powiatowego w Pyrzycach. Dokument zapłaty należy okazać pracownikowi szpitala przyjmującemu niniejszy wniosek.

Zobowiązuję się do zapłaty za wykonaną kserokopię dokumentacji medycznej na konto szpitala według dołączonej faktury przesłanej mi wraz z dokumentacją pocztą.

W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania wnioskowanej dokumentacji medycznej **po raz kolejny** określonej w pkt. 3 i 5. w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kserokopii i wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu osoby uprawnionej do otrzymania faktury.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę

Dyrektor

Nie wyrażam zgody

Dyrektor