WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Zał.nr. 1(PP 4)

(zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta I Rzeczniku Praw Pacjenta tj.:DZ.U.2016.186)

1.Wniosek do : Archiwum Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu; ul.Krakowska 44;45-075 Opole

2.Wnioskodawca :**pacjent; opiekun prawny; osoba upoważniona przez pacjenta (właściwe podkreślić)**

(właściwe podkreślić)

Nazwisko i Imię:……

Adres zamieszkania:……..

Data urodzenia: …….

Telefon kontaktowy:……...

Adres e- mail : …… Tel. kom. : ……..

3. Dane pacjenta, którego dokumentacja ma zostać udostępniona (jeśli inne niż w pkt.2);

……

…….

(nazwisko, imię, adres zamieszkania ,data urodzenia)

4.Zakres żądanych informacji ze zbioru dokumentacji medycznej SP ZOZ MSWiA w Opolu

……..

……

……

5.Ustalony termin (data) udostępnienia dokumentacji :…….

(wypełnia archiwista)

....

(data; podpis archiwisty) **(data; podpis Wnioskodawcy)**

.....

(data; podpis i pieczęć DYREKTORA)

Ilość stron kserokopii x cena jednostkowa = koszt usługi w zł:……..

6.Zidentyfikowano na podstawie :

……

(data; podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną; numer pesel)