Załącznik nr 2
do Zarządzenia nr 22/2021/DS
Prezesa Zarządu Szpitala Wojewódzkiego w Opolu
z dnia 01.06.2021r.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

A. WYPEŁNIA PACJENT/OSOBA WNIOSKUJĄCA

Dane pacjenta:

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
Adres

.....
Pesel

.....
Telefon

Osoba wnioskująca:
(Uzupełnić, jeżeli wnioskującym jest osoba inna niż pacjent)

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres

.....
Pesel

.....
Telefon

Opole, ...
data

Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o. o.
ul. Kośnego 53
45 – 372 Opole

Zwracam się z prośbą o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia w:

☐ Oddziale ..... ☐ SOR
nazwa oddziału

☐ Poradni ..... ☐ Pracowni .....
nazwa poradni nazwa pracowni

☐ Inne: .....

w okresie od ..... do .....

Wyrażam zgodę na odbiór dokumentacji medycznej przez:
(Uzupełnić, jeżeli dokumentację będzie odbierała osoba inna niż pacjent):

...../ .....
(imię i nazwisko) (data urodzenia lub PESEL)

.....
Podpis pacjenta /osoby wnioskującej

B. WYPEŁNIA PRACOWNIK SZPITALA

Ilość stron ....., Opłata ....., Nr paragonu .....

Osoba odbierająca dokumentację medyczną (za życia pacjenta):

☐ Pacjent ☐ Przedstawiciel ustawowy ☐ Osoba upoważniona przez pacjenta

Osoba odbierająca dokumentację medyczną (po śmierci pacjenta):

☐ Osoba bliska: małżonek / krewny do drugiego stopnia /powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej / przedstawiciel ustawowy / osoba pozostająca we wspólnym pożyciu / osoba wskazana przez pacjenta

Dane osoby odbierającej: ...../ .....
(Uzupełnić jeżeli dokumentacje odbiera inna osoba niż pacjent) (imię i nazwisko) (data urodzenia lub PESEL)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji przez pacjenta:

.....

Potwierdzenie odbioru dokumentacji przez osobę odbierającą (inna niż pacjent):

.....

Zweryfikował i wydał:

.....