

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Wnioskującego:

Adres zamieszkania Wnioskującego:

Dowód tożsamości Wnioskującego:

Telefon kontaktowy:

Zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii/wyciągu/odpisu/oryginału dokumentacji medycznej Pacjenta:

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

w celu:

.....

sporządzonej w Oddziale/Poradni:

.....

w okresie:

.....

Do odbioru upoważniam:

.....

Uwagi:

.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 26 i 27 *Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. 2012.159) oraz że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Nieborowice, dnia

.....
Podpis Wnioskującego

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem* ilość stron:

.....

.....
Podpis Pracownika Działu
Obsługi Pacjenta

Nieborowice, dnia

.....
Podpis Odbierającego