

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko Wnioskującego: ..... JAN KOWALSKI .....  
Adres zamieszkania Wnioskującego: ..... 00-000 NIEBOROWICE, KASZTANOWA 5 .....  
Dowód tożsamości Wnioskującego: ..... ALA0000 .....  
Telefon kontaktowy: ..... 500 500 500 .....

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

..... JAN KOWALSKI ( 80000000000 ) .....  
(imię i nazwisko, PESEL)

w celu:

..... np. WŁASNYM .....

sporządzonej w Oddziale/Poradni:

..... np. ORTOPEDYCZNEJ .....

w okresie:

..... np. 1.05.2020r. ( data porady ) .....

Do odbioru upoważniam:

.....  
.....

Uwagi:

PROSZĘ WYSŁAĆ NA ADRES EMAIL : np. JAN.KOWALSKI@GMAIL.COM

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 ..... data .....

..... podpis .....  
Podpis Wnioskującego

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

.....

.....  
Podpis Pracownika Działu  
Obsługi Pacjenta

Nieborowice, dnia .....

.....  
Podpis Odbierającego