

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Wnioskującego _____
Adres zamieszkania Wnioskującego _____
Dowód tożsamości Wnioskującego _____
Tel. 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*.

Żory, dnia _____

Podpis Wnioskującego

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z Wnioskiem ilość stron _____

Podpis Pracownika Działu Obsługi Pacjenta

Żory, dnia _____

Podpis Odbierającego