

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



Dane pacjenta:

.....
(Nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
(PESEL)

□ □ - □ □ - □ □ □ □
(data urodzenia)

.....
(telefon kontaktowy)

Ja, niżej podpisany/a zwracam się z prośbą o wydanie kopii mojej dokumentacji medycznej choroby (za pokwitowaniem odbioru*).

Proszę określić jaka dokumentacja ma być wydana:

.....
Odbiór dokumentacji medycznej:

- ODBIORĘ OSOBIŚCIE**
- DO ODBIORU UPOWAŻNIAM:**

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, telefon kontaktowy)

**KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZOSTANIE WYDANA W CIĄGU 14 DNI.
OPŁATA ZA WYKONANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ WYNOŚI 0,50ZŁ/STRONĘ.
PIERWSZA KOPIA DOKUMENTACJI JEST WYDAWANA BEZPŁATNIE.**

.....
(data i czytelny podpis)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....
(data i czytelny podpis)

*Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417) i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926).