

# 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 BEZ ZBĘDNEJ ZWŁOKI, MOŻLIWIE JAK NAJSZYBCIEJ  
OPŁATA ZA WYKONANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ WYNOŚI 0,34ZŁ/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).