

# 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).

.....  
*Miejscowość, data*

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa: **INWEST MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**

adres: **ul. Piłsudskiego 33 lok 101, 05-120 Legionowo**

nr NIP: **5272729539**

**Imię i nazwisko pacjenta**

.....

## **ZGODA NA DORĘCZANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZA POŚREDNICTWEM ŚRODKÓW KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ**

**Wyrażam zgodę na doręczanie** przez podmiot leczniczy Inwest med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Legionowie, ul. Piłsudskiego 33 lok 101 (05-120), prowadzący zakład leczniczy pod nazwą Centrum Medyczne Goldenmed w Warszawie przy ul. Odkrytej 4 (03-140) **dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej**, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73), **w związku z rozpatrywaniem wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej**, na następujący adres poczty elektronicznej:

.....

**(adres poczty elektronicznej świadczeniobiorcy)**

.....  
*(data i podpis świadczeniobiorcy  
lub osoby upoważnionej)*