

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



Dane pacjenta:

.....
(Nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(numer PESEL)

.....
(telefon kontaktowy)

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

*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.

Proszę określić jaka dokumentacja ma być wydana:

.....

Odbiór dokumentacji medycznej:

ODBIORĘ OSOBIŚCIE

Oddział Warszawa / Oddział Legionowo

PROSZĘ O PRZESŁANIE NA ADRES E-MAIL:

.....

(adres e-mail)

DO ODBIORU UPOWAŻNIAM:

.....

(Nazwisko i imię, numer PESEL, telefon kontaktowy)

KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZOSTANIE WYDANA WEDŁUG KOLEJNOŚCI ZGŁOSZEŃ,
BEZ ZBĘDNEJ ZWŁOKI, MOŻLIWIE JAK NAJSZYBCIEJ.

OPŁATA ZA WYKONANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ WYNOŚI 0,50zł/STRONĘ.*
PIERWSZA KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ JEST WYDAWANA BEZPŁATNIE.

*stan na III kwartał roku 2023.

.....

(data i czytelny podpis)

.....

(podpis pracownika przyjmującego wniosek)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

.....

(data i czytelny podpis)