



Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k.
ul. Warszawska 197 D, Babice Nowe 05-082
nr telefonu: 22 827 48 22, 22 350 47 05

Kierownik ds Medycznych
w miejscu

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii odpisu / wyciągu* dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Data urodzenia Miejsce urodzenia
PESEL
Leczonego
..... w okresie
Cel odbioru dokumentacji pacjenta:

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko PESEL
Adres zamieszkania
Telefon kontaktowy
Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numer

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. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów art. 28 w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na wydanie kserokopii odpisu / wyciągu* mojej dokumentacji medycznej:
(dotyczy pacjenta, który ukończył 16 lat a nie jest wnioskodawcą)

.....
Data i podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że w dniu, odebrałam (-łem) kopię odpisu / wyciągu* dokumentacji medycznej pacjenta

(imię i nazwisko)

Liczba stron dokumentacji:

.....
czytelny podpis osoby wydającej

.....
czytelny podpis osoby odbierającej

*niepotrzebne skreślić