



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Wnioskującego

Adres zamieszkania Wnioskującego
(kod) (miejsowość) (ulica i nr domu)

Dowód tożsamości Wnioskującego tel. kontaktowy

Zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej Pacjenta:

.....
(nazwisko, imię, PESEL)

w celu:

sporządzonej w Oddziale / Dziale / Poradni:

w okresie

do odbioru upoważniam:

Uwagi:

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.2012.159). oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Rybnik, dnia
(podpis Wnioskującego)

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem*

ilość stron

.....
(podpis pracownika Szpitala)

Po sprawdzeniu:

- ✓ tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
- ✓ dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę

Potwierdzam wydanie kopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej:

.....
(podpis pracownika Szpitala)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej

Rybnik, dnia
(podpis odbierającego)