



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent uprawniona zgodnie z przepisami do uzyskania dokumentacji medycznej)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Działając na podstawie art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 poz. 1318 z późn. zm.), zwracam się z prośbą o:

Wydanie kserokopii*/odpisu*/wyciągu*/udostępnienie do wglądu* dokumentacji medycznej zewnętrznej w całości*/w części*

Okres leczenia

Wydanie kserokopii*/odpisu*/wyciągu*/udostępnienie do wglądu* dokumentacji medycznej wewnętrznej w całości*/w części*

Okres leczenia

Wydanie kopii dokumentacji medycznej na nośniku elektronicznym

Jednocześnie oświadczam, że udostępniana dokumentacja jest mi potrzebna do dalszego procesu leczenia*/innego celu*

* niepotrzebne skreślić



Wnioskowaną dokumentację:

1. odbiorę osobiście

2. proszę wysłać na adres listem poleconym:

.....

3. odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko:

numer dowodu osobistego:

Zostałam/em poinformowany o konieczności odpłatności za wydanie dokumentacji medycznej zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 poz. 1318 z późn. zm.) oraz regulaminem Podmiotu Leczniczego PCRf Votum. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

Podpis pacjenta

Podpis osoby uprawnionej do wydania dokumentacji