

Wniosek o wydanie kopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej**1. Wnioskodawca:**

Imię i NazwiskoPESEL.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i NazwiskoPESEL.....

Adres zamieszkania

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu)

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, płytka DVD/ CD (w przypadku wyników badań, płytki należy podać datę i rodzaj badania)

.....

5. Jednocześnie upoważniam:

/imię i nazwisko/.....

legitymującego (cej) się dowodem osobistym nr

do odbioru kopii mojej dokumentacji medycznej.

.....

Data i podpis Pacjenta

.....
Data i podpis innego podmiotu uprawnionego.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej**6. Potwierdzam odbiór sporządzonej kopii/ wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej.**

.....

data i potwierdzenie pacjenta

(osoby upoważnionej, innego podmiotu uprawnionego)

.....

Podpis osoby wydającej dokumentację

**niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2016 roku, poz.1638 ze zm.) przewidziany w art. 26, art. 27 i art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2016 roku, poz. 186 ze zm.) ze zmianami wprowadzonymi ustawą z dnia 26 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 roku poz. 836) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)