

Wniosek
o wydanie dokumentacji medycznej

OSOBA WYSTĘPUJĄCA Z WNIOSKIEM (właściwe podkreślić)

- a) Pacjent
- b) Osoba upoważniona przez pacjenta
- c) Inna osoba występująca z wnioskiem

Dane pacjenta:	Dane osoby występującej z wnioskiem:
Imię i nazwisko.....	Imię i nazwisko.....
Data urodzenia.....	Data urodzenia.....
PESEL.....	Stopień pokrewieństwa.....
Nr historii choroby.....	Adres.....
Adres.....
.....	Nr tel. kontaktowego.....
Nr tel. kontaktowego.....

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE KSEROKOPII / ORYGINAŁU (właściwe podkreślić)

1. Historii choroby z pobytu w

- a) w oddziale w okresie.....
- b) poradni..... w okresie.....

2. Innej dokumentacji medycznej.....
w okresie.....

W CELU: (właściwe podkreślić)

- a) dalszego leczenia
- b) dokumentacja do innych celów niż leczenie

KSEROKOPIE/ORYGINAŁ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (właściwe podkreślić)

- a) odbiorę osobiście
- b) odbierze osoba upoważniona

Oświadczam, że zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159) zgadzam się na pokrycie kosztów związanych z kserowaniem i wydawaniem dokumentacji w wysokości 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale za stronę i w wysokości 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale za dokumentację w formie elektronicznej a także na koszty przesyłki.

Podpis pacjenta / osoby wnioskującej.....

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej:

(wypełnia tylko pacjent i upoważnienie dotyczy dokumentacji medycznej, o której mowa jest w niniejszym wniosku)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania.....

Podpis pacjenta
(osoba, której dotyczy dokumentacja)

Potwierdzam odbiór kserokopii / oryginału dokumentacji medycznej:

Data i podpis pacjenta/ osoby upoważnionej