

.....
Imię i nazwisko

Zabrze, dnia

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Dowód tożsamości

**Do Kierownika
Przychodni Lekarskiej „Specjal-Med.”
Zabrze, ul. Sienkiewicza 28**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie mi / kopii*/ wyciągu*/ odpisu*/
dokumentacji medycznej / pełnej*/ częściowej*/ uwierzytelnionej*/ nie uwierzytelnionej*/
z wynikami badań*/ bez wyników badań*/

pacjenta

sporządzonej w tutejszej Przychodni w okresie.....

w Poradni/ Pracowni*/

Dokumentacja potrzebna jest do

W celu

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 24 ust 1 pkt. 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2013 r., poz. 217z późn. zmianami), przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (tekst jednolity Dz. U z 2012 r., poz.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 oraz obowiązującego w Przychodni Cennika.

* niepotrzebne skreślić

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór / kserokopii*/ wyciągu*/ odpisu*/ dokumentacji medycznej
w dniu

.....
(Podpis pracownika Przychodni)

.....
(Podpis odbierającego)

* niepotrzebne skreślić