

.....
Nazwisko i imi wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód to samo ci wnioskodawcy

Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipnicy Murowanej
32-724 Lipnica Murowana, nr 49

Wniosek o udost pnienie dokumentacji medycznej

Zwracam si z pro b o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:
Nazwisko i imi , dowód to samo ci
.....
Adres zamieszkania
.....
PESEL

sporz dzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach placówki.

3. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.

4. Rodzaj dokumentacji medycznej:

5. Za okres:

od do

6. Forma odbioru dokumentacji:

Odbiór:

osobisty

przez osob upowa nion

.....
Nazwisko i imi , dowód to samo ci

7. Forma udost pnienia dokumentacji:

8. Forma zło enia wniosku:

O wiadczam, e ze wzgl du na zachowanie poufno ci i ochrony danych osobowych akceptuj tryb udost pnienia dokumentacji medycznej, przewidziany art. 26 - 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2009 nr 52 poz. 417 z pó n. zm.) oraz, e pokryj w cało ci koszt wykonania i kopiowania powy szej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów art. 28 w/w Ustawy.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy