

Wieliczka, dn.

.....
Nazwisko i imi wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód to samo ci wnioskodawcy

Centrum Medyczne Wieliczka Sp. z o.o.
32-020 Wieliczka, ul. Tadeusza Kościuszki 28

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

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

sporządzonej 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 osobę upoważnioną

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

7. Forma udostępnienia dokumentacji:

8. Forma złożenia wniosku:

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępnienia dokumentacji medycznej, przewidziany art. 26 - 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów art. 28 w/w Ustawy.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy