



Wniosek o sporządzenie wyciągu / odpisu / kopii dokumentacji medycznej

Gorlice, dn.....

Dane Wnioskodawcy

Imię i Nazwisko.....

Adres.....

PESEL.....

Działając w imieniu własnym*, jako przedstawiciel ustawowy*, jako osoba upoważniona przez pacjenta* zwracam się o udostępnienie kserokopii (wyciągu, odpisu)* dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i Nazwisko.....

Adres.....

PESEL.....

Historii choroby*,

karty informacyjnej z leczenia szpitalnego*,

karty z leczenia ambulatoryjnego w poradni (podać nazwę poradni).....*,

wynik badania (jaki).....*

inne.....*

z leczenia w okresie.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 *Ustawy z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 r. nr 112, poz. 654)*, przewidziany w art. 26 i 27 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz. U z 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm)*. 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*.

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

Potwierdzam przyjęcie wniosku.

(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

* niepotrzebne skreślić

FORMULARZ F-IN-4.2.4-01/02/01	Nr wydania: I	Data wydania: 21.06.2011r.	Strona 1 z 2
-------------------------------	---------------	----------------------------	--------------



Wniosek o sporządzenie wyciągu / odpisu / kopii dokumentacji medycznej

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór dokumentacji zgodnie ze złożonym wnioskiem w dniu

.....

.....
(Podpis pracownika wydającego dokumentację
osobie upoważnionej do odbioru dokumentacji)

.....
(Podpis odbierającego)

* niepotrzebne skreślić

FORMULARZ F-IN-4.2.4-01/02/01	Nr wydania: I	Data wydania: 21.06.2011r.	Strona 2 z 2
-------------------------------	---------------	----------------------------	--------------