



WNIOSEK O WYDANIE KOPII/ORYGINAŁU* DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

DZIAŁAJĄC:

w imieniu własnym

na podstawie udzielonego mi upoważnienia

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii/oryginału* dokumentacji medycznej

własnej

..... (imię, nazwisko i PESEL Pacjenta)

Dokumentacja dotyczy

Za okres

Zostałam/em poinformowana/y o koszcie sporządzenia kopii zgodnie z obowiązującym cennikiem**

.....
data i podpis osoby składającej wniosek

.....
podpis osoby przyjmującej wniosek

Potwierdzenie odebrania dokumentacji medycznej:

.....
data i podpis osoby składającej wniosek

(* właściwe podkreślić)

(** Podstawa prawna: ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – j.t. Dz.U. z 2016.186 z późn.zm., rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania – Dz.U. z 2020r. poz. 849)