

Załącznik nr 1

Wniosek o sporządzenie kopii/odpisu/wyciągu*
dokumentacji medycznej

Nowe Miasto Lubawskie, data

Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko
PESEL Adres.....

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

Imię i Nazwisko
PESEL Adres.....

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.2011r. Nr 112, poz.654/, przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta /Dz.U.z 2009r. 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/

Potwierdzenie odbioru:

Potwierdzam odbiór dokumentacjizgodnie ze złożonym wnioskiem.
/data/

.....
/podpis pracownika wydającego dokumentację //podpis odbierającego dokumentację/
*niepotrzebne skreślić