

	STANDARD AKREDYTACYJNY	PP 4/F01
	PRAWA PACJENTA	Wersja II
	WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Strona 1 z 1

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania:

Telefon:

DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY: (wypełnić w przypadku, kiedy dokumentacja medyczna dotyczy osoby innej niż osoba wnioskująca)

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania:

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (wpisać: oddział/ poradnia/ pracownia)

.....

.....

w roku/latach:

SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI:

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kserokopia | <input type="checkbox"/> wydruk |
| <input type="checkbox"/> wyciąg | <input type="checkbox"/> odpis |
| <input type="checkbox"/> na informatycznym nośniku danych | <input type="checkbox"/> inne |

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:

- osobiście po powiadomieniu telefonicznym*
- proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:
-
- do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam*:

.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z art. 26 oraz art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. nr 52 poz 417 z późn. zm.) oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów dokumentacji medycznej zgodnie z art. 28 w/w ustawy.

.....
(data i czytelny podpis)

* W przypadku odbioru osobistego osoba odbierająca dokumentację medyczną poproszona zostanie o okazanie dokumentu tożsamości ze zdjęciem w celu potwierdzenia prawa do odbioru dokumentacji medycznej.