

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Miejscowość, dnia

Imię i Nazwisko osoby wnoszącej

Adres..... tel.....

Dyrektor

Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej

Proszę o wydanie *kserokopii/odpisu¹/ wyciągu²* * dokumentacji medycznej z poradni / oddziału:

.....

zakres dokumentacjiza okres

pacjenta (Imię i Nazwisko).....

PESEL.....

lub nr dow. tożsamości tel.....

zamieszkałego

*kserokopię/odpis/ wyciąg/ * dokumentacji odbiorę osobiście / proszę wysłać pocztą na*

*mój koszt**. Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kserokopii

dokumentacji, w wysokości wynikającej z pomnożenia liczby kserowanych stron i

stawkigr / stronę(*Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z dnia 6*

listopada 2008 roku) oraz do pokrycia kosztów przesyłki listem poleconym.

Czytelny podpis wnoszącego

Potwierdzam odbiór *kserokopii/odpisu/ wyciągu dokumentacji /wyniki badań/ płyta CD**

Nr dowodu tożsamości osoby odbierającej.....

Nr dowodu wpłaty (jeżeli dotyczy).....

.....
Data, Czytelny podpis osoby odbierającej

Nie wyrażam zgody* na wydanie kserokopii dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie:.....

.....

.....
Czytelny podpis osoby wydającej / Dział Prawny

* niepotrzebne skreślić

¹ odpis- dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem

² wyciąg - skróty dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej