

## Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Miejscowość, dnia .....

Imię i Nazwisko osoby wnioskującej .....

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

**Dyrektor**

**Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**

Proszę o wydanie *kserokopii/odpisu<sup>1</sup>/ wyciągu<sup>2</sup>* \* dokumentacji medycznej z poradni / oddziału:

.....  
zakres dokumentacji .....za 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 stawki .....gr / stronę(Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku ) oraz do pokrycia kosztów przesyłki listem poleconym.*

*Czytelny podpis wnioskującego.....*

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

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

<sup>2</sup> wyciąg - skrótowny dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej