

Warszawa, dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nazwisko i imię Pacjenta, którego dotyczy dokumentacja

Nr PESEL:..... Nr telefonu:.....

Adres:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej sporządzonej w okresie od do..... /
całej dokumentacji * celem:

A) - *Poprzez sporządzenie:* - kopii historii choroby; - odpisu lub wypisu z historii choroby

Sporządzoną kopię dokumentacji medycznej:

- odbiorę w rejestracji osobiście

- upoważniam do odbioru Pana/Panią:

- proszę wysłać listem poleconym na adres:

.....
 - zobowiązuję się do uregulowania należności za udostępnienie wskazanej przeze mnie dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującym cennikiem bezpośrednio w rejestracji, a w przypadku organów i podmiotów uprawnionych, przelewem na konto na podstawie wystawionej faktury.

B) - *Do wglądu w siedzibie Przychodni (bezpłatnie), w uzgodnionym terminie*

Czytelny podpis wnioskującego

Wyrażam zgodę na wydanie kopii dokumentacji medycznej.

.....
podpis i pieczętka lekarza

Do zapłaty PLN

Opłatę przyjąłem/-ęłam * i dokumentację wydałem/-am *

(data, podpis pracownika)

Dokumentację odebrałem/-am, opłatę uiściłem/-am *

(data, podpis wnioskującego)

.....
Podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r., poz. 417 z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.