

.....
Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o wydanie dokumentacji medycznej

Zator, dnia

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(telefon)

**Zakład Opiekuńczo- Lecznicy im. Hanny Chrzanowskiej
ul. Jana Pawła II 1
32-640 Zator**

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnoszę o udostępnienie kserokopii, odpisu, wyciągu* dokumentacji medycznej dotyczącej Pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

sporządzonej w tej placówce.

Dokumentacja dotyczy leczenia w:

Rodzaj dokumentacji medycznej:

Za okres: od do

Cel wydania:

Odbiór:

☐

osobiście

☐

przez osobę upoważnioną (jak poniżej)

☐

proszę przesłać pocztą poleconą

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam Pana/Panią

zam.,

legitymującego/ę się dowodem tożsamości nr,

wydanym przez,

do odbioru dokumentacji medycznej Pacjenta:

.....
(data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)