

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

Koszalin, dnia

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

Zakład Opieki Zdrowotnej Stan-Med sp. z o.o.
ul. Staszica 8a; 75-449 Koszalin,
NIP:6692536055, REGON: 367278099-00014,
tel. 94 3477461, kom. 602776267

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej sporządzonej w
w okresie od do

2. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:
(Wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa rodzic lub przedstawiciel ustawowy)

Imię i nazwisko:

PESEL:

3. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji medycznej *(zaznaczyć właściwe):*

- Wniosek składa pacjent
- Wniosek składa rodzic lub przedstawiciel ustawowy pacjenta
- Wnioskodawca posiada upoważnienie pacjenta

4. Dokumentację medyczną odbiorę *(właściwe podkreślić):*

1. Osobiście
2. Przez osobę upoważnioną:

.....
(Imię i nazwisko, PESEL)

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej i przewidziany w art. 26, art. 27 i art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 p.1318 tekst jednolity) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z cennikiem obowiązującym w **Zakład Opieki Zdrowotnej Stan-Med sp. z o.o. w Koszalinie.**

Akceptuję wniosek

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

.....
data i czytelny podpis pracownik rejestracji

.....
Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....
data i czytelny podpis pracownika
wydającego dokumentację

.....
data czytelny podpis wnioskodawcy /
osoby upoważnionej

Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej

- Dokumentacja: odebrana osobiście przez pacjenta
 odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta
 wysłana pocztą na wskazany adres