

Dane osoby składającej wniosek

Częstochowa, dnia

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL.....

Dowód tożsamości

Telefon kontaktowy

**Do Dyrekcji
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP
w Częstochowie**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie mi kserokopii dokumentacji medycznej /pełnej*/ częściowej*/ pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

Sporządzonej w tut. szpitalu w okresie

W Oddziale*/ Poradni*/

Przygotowaną dokumentację: odbiorę osobiście* / proszę wysłać pocztą*.

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52, poz.417z późn. zm.) 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.

W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

* niepotrzebne skreślić

.....

Podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 kodeksu karnego oświadczam, iż zostałem upoważniony przez wskazanego powyżej pacjenta do uzyskania dokumentacji medycznej dot. jego osoby. Pisemne upoważnienie dołączam do wniosku.

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej w dniu
dołączam stosowne upoważnienie*/ nie dołączam upoważnienia*.

.....

Podpis pracownika

.....

Podpis odbierającego