

# WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



## Dane pacjenta:

.....  
(Nazwisko i imię)

.....  
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(numer PESEL)

.....  
(telefon kontaktowy)

Ja, niżej podpisany/a zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej. (za pokwitowaniem odbioru\*)

\*Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz 417) i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Proszę określić jaka dokumentacja ma być wydana:

Odbiór dokumentacji medycznej:

ODBIORĘ OSOBIŚCIE

PROSZĘ O PRZESŁANIE NA ADRES E-MAIL:

.....  
(adres e-mail)

DO ODBIORU UPOWAŻNIAM:

.....  
(Nazwisko i imię, numer PESEL, telefon kontaktowy)

KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZOSTANIE WYDANA WEDŁUG KOLEJNOŚCI ZGŁOSZEŃ,  
BEZ ZBĘDNEJ ZWŁOKI, MOŻLIWIE JAK NAJSZYBCIEJ.

OPŁATA ZA WYKONANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ WYNOSI 0,50zł/STRONĘ.\*  
PIERWSZA KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ JEST WYDAWANA BEZPŁATNIE.

\*stan na III kwartał roku 2023.

.....  
(data i czytelny podpis)

.....  
(podpis pracownika przyjmującego wniosek)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

.....  
(data i czytelny podpis)