

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Nowy Tomyśl , dnia

.....
Imię i nazwisko wnioskującego / osoby upoważnionej

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL / Dowód tożsamości

**Do Kierownika
NZOZ PZLR Panaceum sp. z o.o
ul. Ślósarskiego 4A
64-300 Nowy Tomyśl**

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

.....
.....
zakres wnioskowanych dokumentów

pacjenta

/imię, nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa/

dotyczącej świadczenia z: leczenia ambulatoryjnego, pomocy doraźnej*

zrealizowanego w

/podać komórkę organizacyjną, nr kartoteki, datę świadczenia/

Oświadczam, iż ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz pokryję w całości koszt wykonania powyższej dokumentacji stosownie do: ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 14 z 2007 r. poz. 89 z póź. zm.), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247 z 2006r. poz. 1819) oraz ewentualne koszty przesyłki.

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru

1. Potwierdzam odbiór* dokumentacji medycznej opisanej we wniosku w dniu
2. Uprzejmie proszę o przesłanie na mój koszt * kserokopii dokumentacji medycznej

.....
(Podpis wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić