

.....
Imię i Nazwisko

Jarocin, dnia.....

.....
Adres zamieszkania

.....
Pesel

**Do Kierownika
NZOZ Przychodni „ESKULAP”**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisana/y, legitymująca/y się dowodem osobistym nr.....
zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej mojej historii
choroby. Dokumentację odbiorę osobiście (tak), lub upoważniam osobę.....

.....
Legitymującą / cego się dowodem osobistym nr.....

Wydanym przez.....

Do odbioru kopii dokumentacji medycznej.

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art.18 i 18d ust. 1 pkt5 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 2007r. nr 14, poz. 89 z późn. zm), przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta , (Dz. U z 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn.zm). oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisana/y legitymując się dowodem osobistym nr.....

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej

.....
Data i podpis osoby wydającej

.....
Data i podpis osoby odbierającej kopię dokumentacji