



Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej
im. dr Stanisława Deresza w Choroszczy, pl. im dr Zygmunta Brodowicza 1, 16-080 Choroszcz

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE/WYDANIE* DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Wnioskującego.....

Adres zamieszkania Wnioskującego.....

Dowód tożsamości Wnioskującego..... tel. kontaktowy.....

Zwracam się z prośbą o wydanie mi ksero kopii dokumentacji medycznej/oryginału;

.....
.....

(nazwisko, imię, PESEL)

Pacjenta SPP ZOZ/ CZPILU /POZ

Za okres

Do odbioru upoważniam.....

Uwagi

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronnych danych osobowych akceptuję tryb udostępniania mi dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 24 ust.1 i 2 oraz w art.27 pkt2 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta(Dz.U z 2009 r Nr 52 poz. 417)oraz, że pokryje koszty wykonania kserokopii (odpisu, wyciągu)powyższej dokumentacji ustalonej stosownie do zapisu art.28 pkt 2 wymienionej wyżej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Choroszcz, dnia

(Podpis Wnioskującego)

Potwierdzam zgodność przygotowanej kserokopii dokumentacji medycznej z Wnioskiem

Ilość stron:

.....

(podpis pracownika SPP ZOZ)

Po sprawdzeniu:

Tożsamości odbierającego dokumentację medyczną: TAK/NIE*

Dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę (o ile nie podlega zwolnieniu): TAK/NIE/ZWOLNIONY*

Potwierdzam wydanie kopii/ wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej /oryginału:

.....

(podpis pracownika SPP ZOZ)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej/oryginału:

Choroszcz, dnia

(czytelny podpis odbierającego)

* *niepotrzebne skreślić*