

Radziejów, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
(adres zamieszkania)

.....
PESEL
.....
(telefon)

Do Dyrekcji
SP ZOZ w Radziejowie

.....
(adres e-maila)

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie mi /kopii */ wyciągu */ odpisu*/dokumentacji medycznej /pełnej*/częściowej */ uwierzytelnionej */ niewierzytelnionej */z wynikami badań*/ /bez wyników badań*/ pacjenta:

.....
sporządzonej w tutejszym SP ZOZ w okresie:

.....
...w Oddziale*/Poradni*/Przychodni*/Pracowni*:

.....
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, z 6 listopada 2008r.(Dz. U. z 2020r. poz.849 z póź.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.

* niepotrzebne skreślić

Forma odbioru wskazanej dokumentacji medycznej:

- osobista
- droga pocztowa
- droga elektroniczna (e-mail)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii*/ wyciągu* /odpisu*/dokumentacji medycznej w dniu

.....

.....
(podpis pracownika SP ZOZ Radziejowie)

.....
(podpis odbierającego)