



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany
(imię, nazwisko, pesel)

.....
(adres zamieszkania)

legitymujący się dowodem osobistym seria nr

Zgodnie z Ustawą 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.) proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej (właściwe zakreślić):

- mojej osoby
- mojego dziecka
(imię, nazwisko, pesel)

z zakresu (właściwe zakreślić):

- podstawowej opieki zdrowotnej – całość
- podstawowej opieki zdrowotnej z lat
- poradni ginekologiczno –położniczej – całość
- poradni ginekologiczno –położniczej z lat

poprzez

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w zakładzie opieki zdrowotnej
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

.....
czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego
Więcbork, dnia

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Potwierdzam odbiór dokumentacji:
data i czytelny podpis pacjenta

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
PROVITA Spółka z o.o.
prowadzony przez
Gminne Centrum Medyczne PROVITA Spółka z o.o.
ul. Powstańców Wielkopolskich 2A; 89-410 Więcbork
tel. 52 389 71 01



UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Więcbork, dnia

Dane pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy):

.....
(imię, nazwisko, pesel)

.....
(adres zamieszkania)

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym seria nr
zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej z zakresu
.....
a dotyczącej mojej osoby oraz upoważniam:

.....
(imię, nazwisko)

legitymującego/cej się dowodem osobistym seria nr do jej odbioru.

.....
czytelny podpis pacjenta

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej

.....
data i czytelny podpis osoby upoważnionej
do odbioru dokumentacji medycznej