

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ZESPÓŁ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH NR 1 W TYCHACH SP. Z O. O.**

DANE WNIOSKODAWCY:

Data wpływu wniosku
(wypełnia osoba przyjmująca wniosek)

Nazwisko i imię

Tel. kontaktowy

DANE PACJENTA KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:

PESEL:

NAZWISKO I IMIĘ:

ADRES:

SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA (zaznaczyć właściwe)

- wgląd w siedzibie Poradni
- sporządzenie kopii/wydruku
- na elektronicznym nośniku danych (np. płyta CD)
- inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej *.....
.....

ZAKRES DOKUMENTACJI O KTÓRĄ WNIOSKUJE WNIOSKODAWCA

- nazwa poradni specjalistycznej:
- okres którego dotyczy dokumentacja

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (zaznaczyć właściwe)

- odbiór osobisty
- przesyłka **za pobraniem** na adres.....
.....
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej - na adres e-mail
.....
- odbierze osoba upoważniona, za okazaniem upoważnienia

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie**

.....
Data i podpis Wnioskodawcy
(w przypadku wniosku ustnego podpis osoby przyjmującej)

POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI

.....
Data, podpis osoby wydającej dok.med.

.....
Data, podpis osoby odbierającej

*Pozostałe formy określone w art.27 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

**Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.