



Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i Nazwisko: PESEL:
(w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

adres zamieszkania:

nr telefonu:

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany (a), zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej.....

.....

(określić: rodzaj dokumentacji medycznej, datę wykonywanych świadczeń)

Poprzez:

- sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii¹
- umożliwienie wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście
- upoważniam do odbioru

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

nr PESEL/ nr dowodu osobistego osoby upoważnionej

.....
data i czytelny podpis wnioskującego

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko osoby odbierającej dokumentację:

Dokument potwierdzający tożsamość:

rodzaj

seria

numer

.....
data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

¹ Za sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 31 marca 2009 r. Nr 52, poz. 417)

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.)

Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale