

..... Rusinowice, dnia

Imię i nazwisko

Adres

WNIOSEK

O wydanie odpisu/kserokopii dokumentacji medycznej.

Proszę o wydanie odpisu/kserokopii dokumentacji medycznej

.....
(określić rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby)

Odpis/kserokopia będzie obejmować:

- pełny zakres

- okres od

Oświadczam, że pokryję koszty sporządzonego odpisu/kserokopii dokumentacji medycznej.

.....
(podpis pacjenta lub osoby upoważnionej)

Podstawa prawna: Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 52 poz. 417 z 2009 r.)

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzona na podstawie

.....
imię i nazwisko , nr dokumentu tożsamości

2. Pobrano opłatę w wysokości.....

3. Wysłano listem poleconym nr nadaw czyzy

Pracownik wydający dokumentację medyczną:

Potwierdzenie odbioru

dokumentacji medycznej:

data i czytelny podpis