

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL	
ADRES	
NR TELEFONU	
RODZAJ KARTOTEKI (PROSZĘ „X” ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)	PORADNIA NFZ <input type="checkbox"/> OKULISTA <input type="checkbox"/> NEUROLOG <input type="checkbox"/> KARDIOLOG <input type="checkbox"/> LEKARZ RODZINNY
	CENTRUM MEDYCZNE
	PRYWATNA
KSEROKOPIA BADAŃ	TAK / NIE
DATA ZGŁOSZENIA	
OSOBA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK	
UWAGI	
<ul style="list-style-type: none">• Realizacja wniosku wynosi od 1 do 3 dni roboczych.• Kserokopia wydawana jest na podstawie dokumentu tożsamości lub za upoważnieniem• Ksero dokumentacji medycznej wynosi 0,29 zł / str. <p>Opłaty, o której mowa w art. 27 ust. 1 z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie.</p>	

.....
podpis pacjenta składającego wniosek**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 26 i 27 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.) oraz, że pokryję koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów art. 28 w/w *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.