

.....
Imię i nazwisko

Brzesko, dnia

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Dowód tożsamości

**Do Dyrekcji
SP ZOZ w Brzesku**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie mi / kopii*/ wyciągu*/ odpisu*/ dokumentacji medycznej / pełnej*/ częściowej*/ uwierzytelnionej*/ nie uwierzytelnionej*/ z wynikami badań*/ bez wyników badań*/

pacjenta

sporządzonej w tutejszym SP ZOZ w okresie

w Oddziale*/ Poradni*/ Przychodni*/ Pracowni*/

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 18 i 18d ust. 1 pkt 5 *Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm)*, przewidziany w art. 26 i 27 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz. U z 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm)*. oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

* niepotrzebne skreślić

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór / kserokopii*/ wyciągu*/ odpisu*/ dokumentacji medycznej w dniu

.....
(Podpis pracownika SP ZOZ w Brzesku)

.....
(Podpis odbierającego)

* niepotrzebne skreślić