

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Wnioskującego.....
Adres zamieszkania Wnioskującego.....
Dowód tożsamości Wnioskującego.....tel. kontaktowy.....

Zwracam się z prośbą o wydanie mi ksero kopii dokumentacji medycznej:

.....
(nazwisko, imię, PESEL)

Pacjenta Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
Kliniki/Polikliniki/Poradni.....

Za okres

Do odbioru upoważniam.....

Uwagi

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronnych danych osobowych akceptuję tryb udostępniania mi dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 24 ust.1 i 2 oraz w art.27 pkt2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta(Dz.U z 2009 r Nr 52 poz. 417)oraz, że pokryje koszty wykonania kserokopii (odpisu, wyciągu)powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisu art.28 pkt 2 wymienionej wyżej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Warszawa, dnia
(Podpis Wnioskującego)

Potwierdzam zgodność przygotowanej kserokopii dokumentacji medycznej z Wnioskiem

Ilość stron
(podpis pracownika Instytutu)

Po sprawdzeniu:

Tożsamości odbierającego dokumentację medyczną

Dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę (o ile nie podlega zwolnieniu)
Potwierdzam wydanie kopii/ wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej:

.....
(podpis pracownika Instytutu)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej:

Warszawa, dnia
(czytelny podpis odbierającego)