



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
z leczenia w Specjalistycznych Gabinetach Lekarskich MP-MEDICAL

DANE PACJENTA

NAZWISKO			
IMIĘ		PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA			TELEFON KONTAKTOWY

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- wglądu do dokumentacji medycznej w siedzibie placówki
- wydania kserokopii medycznej
- sporządzenia dokumentacji w formie odpisu (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)

Dokumentacja medyczna dotyczy okresu:

Dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze upoważniona osoba wskazana w dokumentacji medycznej
- odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku

Zostałam/-em poinformowana/-y:

- o wysokości opłat z tytułu wydania kopii/odpisu/wyciągu dokumentacji medycznej*
- że termin realizacji wniosku o udostępnienie wynosi do 7 dni roboczych od daty doręczenia wniosku
- że termin realizacji wniosku o wgląd do dokumentacji ustalany jest indywidualnie

Uwagi

data i czytelny podpis wnioskującego

data przyjęcia i czytelny podpis przyjmującego wniosek

data i czytelny podpis odbierającego dokumentację

data i czytelny podpis wydającego dokumentację

*Wysokość opłat zgodna z art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 13.02.2012, poz. 159 z zm.)