alfa LECZNICA RODZINNA

Brwinów, dn. .....

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA:

Nazwisko

Imię

PESEL

Ulica/nr domu/nr mieszkania

Kod pocztowy, Miejscowość

Ja niżej podpisana/-y legitymujący się: ..... zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii dokumentacji medycznej ..... (wpisać stopień pokrewieństwa)

[ ] za potwierdzeniem zgodności z oryginałem [ ] bez potwierdzenia za zgodność z oryginałem

z Poradni:

[ ] POZ [ ] Poradnia Kardiologiczna [ ] Poradnia Pumunologiczna [ ] Poradnia Okulistyczna

[ ] Poradnia Ginekologiczna [ ] Poradnia Neurologiczna [ ] Poradnia Endokrynologiczna

[ ] Poradnia Diabetologiczna

[ ] w całości [ ] począwszy od dnia: .....

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że zgodnie z art. 28 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U.2020. poz.849 j.t. za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest opłata w wysokości: 0,37 zł / za stronę w przypadku kopii bez potwierdzenia za zgodność z oryginałem lub 0,70 zł / za stronę w przypadku kopii za potwierdzeniem zgodności z oryginałem.

..... Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

..... Data i podpis osoby składającej wniosek

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisana/-y potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w ilości stron: .....

..... Data i podpis osoby wydającej wniosek

..... Data i podpis osoby odbierającej wniosek