



**PRZYCHODNIA
MEDYCYNY RODZINNEJ**

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko oraz PESEL (w przypadku braku nr. PESEL- data urodzenia) pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:.....

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej (Poradnia POZ/ Poradnia Specjalistyczna/ Ośrodek Chirurgii Jednego Dnia):

Poprzez :

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie firmy
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu)

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam
(imię i nazwisko, nr. dokumentu tożsamości)
- proszę przesłać na adres

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem aktualnie obowiązującym w NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej Sp. z o.o. z siedzibą w Świętochłowicach, oraz pokrycie kosztów ewentualnej Przesyłki.

.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Podpis Wnioskodawcy

Podstawa prawna: art. 26, 27 i 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, 1524)

Uwagi:

Maksymalny termin realizacji Wniosku wynosi 14 dni od daty wypłynięcia do NZOZ PMR

Dokumentację przekazano dnia.....

.....
Czytelny podpis osoby udostępniającej

.....
Czytelny podpis osoby, której udostępniono dokumentację