



.....
Imię i nazwisko

Żary, dnia

.....
Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Do Prezesa
Szpital Na Wyspie Sp. z o.o. w Żarach**

.....
Dowód tożsamości

.....
Nr telefonu

.....
Adres email

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii*/ wyciągu*/ odpisu*/ skanów* dokumentacji medycznej / pełnej*/ częściowej*/ uwierzytelnionej*/ nie uwierzytelnionej*/ z wynikami badań*/ bez wyników badań*/
Pacjenta.....
sporządzonej w tutejszym szpitalu 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. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Tekst jednolity: Dz.U. z 2020 poz. 849 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.....
odbiór osobisty lub przez osobę upoważnioną

przesłano na wskazany adres email w dniu

.....
Podpis pracownika szpitala w Żarach

.....
Podpis odbierającego