



.....
Imię i nazwisko

Żary, dnia

.....
Adres zamieszkania

PESEL

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

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

.....
Dowód tożsamości

.....
Nr telefonu

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii*/ wyciągu*/ odpisu*/ 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, (Dz.U. z 2009r. Nr 52 poz. 417 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

.....
Podpis pracownika szpitala w Żarach

.....
Podpis odbierającego