



Fizjos Michalina Wyrobek
Pszczyna, ul. Zamenhofska 4/3a
Tel.: (+48) 790 – 636 -990
e-mail.: info@fizjos.pl

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany PESEL*.....

Zamieszkały(a).....tel. kontaktowy:.....

*w sytuacji, gdy pacjent nie ma nadanego nr PESEL np.: obcokrajowiec, należy podać dane jego dokumentu tożsamości (nieobowiązkowy)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej za okres:

.....

do odbioru upoważniam:

(imię, nazwisko, PESEL Odbierającego)

Uwagi:.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania mi dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 24 ust. 1, art. 26 ust. 1 i 2 oraz w art. 27 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Pacjenta, (Dz. U z 2009r. Nr 52 poz. 417).

Pszczyna, dnia

.....
(podpis Wnioskującego)

Po sprawdzeniu tożsamości Odbierającego, potwierdzam wydanie kopii dokumentacji medycznej:

.....

(data i podpis pracownika wydającego dokumentację)

Potwierdzam odbiór kopii wnioskowanej dokumentacji:

Pszczyna, dnia

.....
(czytelny podpis Odbierającego)

**DOKUMENTACJA MEDYCZNA WYDAWANA JEST TYLKO WNIOSKODAWCY LUB OSOBIE
UPOWAŻNIONEJ PRZEZ NIEGO, ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI**