

# Wypełnia WNIOSKODAWCA

Myślenice, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
Adres zamieszkania wnioskodawcy

Wpłynęło: dnia .....

.....  
Seria i nr dowodu tożsamości wnioskodawcy

Niepubliczny Zakład Opieki  
Zdrowotnej Centrum Psychoterapii  
ul. Pardyaka 5/4  
32-400 Myślenice

## Wniosek o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej, która dotyczy:

- Imię i nazwisko: .....
- Adres zamieszkania: .....
- nr PESEL: .....
- leczenia w tutejszej placówce w okresie od ..... do .....
- nazwa Poradni: .....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2009 r. 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.

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

**Cena za 1 stronę kopii: 0,50 zł**

**Kserokopia dokumentacji medycznej jest wydawana w terminie do 7 dni od daty złożenia wniosku.**

## Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej w dniu .....

.....  
data, podpis pracownika NZOZ Centrum Psychoterapii  
wydającego kserokopię dokumentacji medycznej

.....  
czytelny podpis osoby odbierającej