

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: 0,30 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