

L. dz. /

PREZES ZARZĄDU
Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Sp. z o.o.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(wypełnia pacjent / przedstawiciel ustawowy / osoba upoważniona)

Osoba występującą z wnioskiem (właściwie zakreślić):

Pacjent

Przedstawiciel ustawowy pacjenta

Osoba upoważniona przez pacjenta

| Dane pacjenta | | Dane przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta występującej z wnioskiem | |
|--------------------------|--|---|--|
| Imię i nazwisko | | | |
| PESEL | | Imię i nazwisko | |
| Adres | | Adres | |
| Nr telefonu kontaktowego | | Nr telefonu kontaktowego | |

Składam wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (właściwie zakreślić):

Izbie Przyjęć Poradni

POZ Fizjoterapii Oddziale

Za okres (właściwie zakreślić):

całość leczenia za okres / podać termin od – do /

W formie (właściwie zakreślić):

do wglądu poprzez sporządzenie - wyciągu odpisu kopii wydruku uwierzytelnienie

w celu

Odbiór dokumentacji (właściwie zakreślić):

osobiście

przez osobę upoważnioną

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr i seria dokumentu tożsamości)

Oświadczam, że zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgadzam się na uiszczenie opłaty za udostępnienie dokumentacji.

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Wydanie dokumentacji medycznej następuje:

- w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych,
- za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy (na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu urzędowego ze zdjęciem),
- okazaniem dowodu zapłaty.

Pobrano opłatę w wysokości zł.

Potwierdzam odbiór stron

.....
(data i podpis pracownika wydającego dokumentację)

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

- cena sporządzenia jednej strony kopii, wydruku wynosi **zł brutto**
- dokumentacja udostępniana jest bez zbędnej zwłoki, nie dłużej niż - **do 7 dni**