

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gościcinie Sp. z o.o.

Ul. Wejherowska 26

84-241 Gościcino

Tel/fax (58)672 81 25

www.nzoz-goscicino.pl

e-mail: rejestracja@nzoz-goscicino.pl

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Pesel Pacjenta:....., telefon kontaktowy:

Forma wydanej kopii dokumentacji.....

Dane Wnioskodawcy: (rodzic lub opiekun prawny):

Imię i nazwisko

PESEL Wnioskodawcy:

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

Z poradni.....

Za okres od do

- Kopię dokumentacji medycznej odbiorę osobiście.
- Upoważniam do odbioru kopii dokumentacji medycznej Pana/Panią

.....
.....

Oświadczam, że akceptuję obowiązującą w NZOZ w Gościcinie Sp. z o.o. wysokość opłat za udostępniania dokumentacji medycznej, która wynosi za stronę i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z jej przygotowaniem przy wydaniu kopii.

Postawa prawna: art. 26 ust.1, art. 27 ust. 2, art. 28 ust. 1,3,4 – ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
/podpis Wnioskodawcy/Pacjenta/