

Wypełnia WNIOSKODAWCA

Myślenice, dnia

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania wnioskodawcy

.....
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, dotyczącej:

- Imię i nazwisko
- Adres zamieszkania
- PESEL:
- leczenia w tutejszej placówce w okresie:
- w 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: 0,60 zł. Kserokopia dokumentacji medycznej jest wydawana w terminie do 7 dni od daty złożenia wniosku.

Wpłynęło dnia

Potwierdzenie odbioru w dniu

.....
Podpis pracownika NZOZ Centrum Psychoterapii
wydającego kserokopię dokumentacji medycznej

.....
czytelny podpis osoby odbierającej