

DANE WNIOSKUJĄCEGO:

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Numer i seria dowodu osobistego

.....
Telefon kontaktowy



.....
Data i miejscowość

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

.....
(imię, nazwisko, PESEL Pacjenta)

za okres.....

do odbioru upoważniam:.....

(imię, nazwisko, PESEL Odbierającego)

Uwagi:.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania mi dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 24 ust. 1, art. 26 ust. 1 i 2 oraz w art. 27 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz. U z 2009r. Nr 52 poz. 417).

Bieruń, dnia

.....
(podpis Wnioskującego)

Po sprawdzeniu tożsamości Odbierającego, potwierdzam wydanie kopii dokumentacji medycznej:

.....
(podpis pracownika Galen Rehabilitacja)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej:

Bieruń, dnia.....

.....
(czytelny podpis Odbierającego)