

## DANE WNIOSKUJĄCEGO

-----  
IMIĘ I NAZWISKO

-----  
ADRES ZAMIESZKANIA

-----  
PESEL

-----  
NUMER I SERIA DOWODU OSOBISTEGO

-----  
TELEFON KONTAKTOWY



Bieruń, dnia -----

## 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 dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 21 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 2009 r. Nr 52 poz. 4170).

Bieruń, dnia -----

-----  
(podpis Wnioskującego)

Po sprawdzeniu tożsamości Odbierającego potwierdzam wydanie kopii dokumentacji medycznej.

-----  
(czytelny podpis pracownika Galen Rehabilitacja)

**Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej.**

Bieruń, dnia -----

-----  
(czytelny podpis Odbierającego)