

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomysłu	Z3-POD
Wniosek o wydanie kopii (wyciągu, odpisu) dokumentacji medycznej	Data: 01.12.2019 r. Strona 1 z 1

**Do Dyrekcji SP ZOZ im. doktora Kazimierza Hologii
ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomysł**

- Wnioskodawca:
Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu
 - Dokumentacja medyczna dotyczy⁽¹⁾

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
 - Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu/badania)

.....
 - Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, inna)

.....
 - Zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowania dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPZOZ w Nowym Tomysłu
 - Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 4⁽²⁾

- odbiorę osobiście; - proszę wysłać pocztą; - odbierze osoba przeze mnie upoważniona.
- Do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam Panią/Pana
- Nr PESEL
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- Nr paszportu⁽³⁾
- Cel, dla którego ma być wydana wnioskowana dok. med.

Zgodnie ustawą z o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyrażam zgodę na udostępnienie wnioskowanych danych osobowych osobie upoważnionej do uzyskania mojej dokumentacji medycznej. Oświadczam, iż ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz, w przypadkach określonych przepisami prawa, pokryję koszty wykonania powyższej dokumentacji wraz z ewentualnymi kosztami przesyłki.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie udostępnienia

- Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej opisanej we wniosku w dniu kart sztuk

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

¹ wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta
² niepotrzebne skreślić
³ w przypadku cudzoziemców