

.....
imię i nazwisko

Elbląg dnia.....

.....
adres zamieszkania

PESEL

Telefon:.....

**Do Dyrektora
Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. J. A. Komeńskiego 35**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(Proszę wypełniać drukowanymi literami)

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie wglądu do niej lub o wydanie kserokopii historii choroby*/ pełnej*/ częściowej*/, kserokopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego*

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania

PESEL

Dokumentacja dotyczy leczenia w okresie

w oddziale*.....

w poradni specjalistycznej*

* właściwe podkreślić/wypełnić

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy, rodzica lub opiekuna prawnego)

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

Potwierdzam wgląd* / odbiór kserokopii* dokumentacji medycznej w dniu

Tożsamość osoby stwierdzono na podstawie:

(podać nazwę i numer dokumentu tożsamości)

.....
(czytelny podpis wydającego dokumentację)

.....
(czytelny podpis odbierającego dokumentację)

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz.U. 2009 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*.