



NZOZ Przychodnia Lekarska "Działki Leśne" Spółka z o.o.
81-317 Gdynia, ul. Warszawska 34/36
Tel/fax (58) 781-66-88
www.przychodnia-gdynia.pl
e-mail: n_zoz@wp.pl

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL Pacjenta telefon kontaktowy.....

forma wydanej kopii dokumentacji.....

Dane Wnioskodawcy (rodzic lub opiekun prawny):

Imię i nazwisko.....

PESEL Wnioskodawcy.....

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

z poradni

za okres od do

- Kopię dokumentacji medycznej odbiorę osobiście.
- Upoważniam do odbioru kopii dokumentacji medycznej Pana/Panią

.....
Oświadczam, że akceptuję obowiązującą w NZOZ PL „Działki Leśne” Sp. z o.o. wysokość opłat za udostępniania dokumentacji medycznej, która wynosi za stronę i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z jej przygotowaniem przy wydaniu kopii.

Podstawa prawna: art. 26 ust. 1, art. 27 ust. 2, art. 28 ust. 1, 3, 4 – ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
podpis wnioskodawcy/pacjenta