

# WNIOSEK O WYDANIE KOPII / ODPISU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



Wnioskodawca	
imię i nazwisko	
adres	
PESEL	
tel. kontaktowy	

....., dn. ....  
(miejscowość) (data)

**Do Dyrektora  
 SPZZOZ w Gryficach**

Na podstawie art. 26., 27., 28. Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6 listopada 2008 r., **jako w/w Wnioskodawca wnioskuje o wydanie kopii\* / odpisu\* dokumentacji medycznej:**

- własnej
- dziecka, którego jestem prawnym opiekunem
- osoby, której jestem prawnym opiekunem
- innej osoby, na podstawie upoważnienia dołączonego\*/znajdującego się w dokumentacji\*

*Wyłącznie trzy pierwsze opcje uprawniają do uzyskania pierwszej bezpłatnej kopii*

Dane osoby, o której kserokopię dokumentacji medycznej / odpis wnioskuje:	
imię i nazwisko	
adres	
data urodzenia	
PESEL	
nazwa oddziału / poradni	
okres pobytu / porady	Od : ..... do: .....

*\*prawidłowe podkreślić*

**Odbiór** dokumentacji medycznej:

- osobisty
- poprzez osobę upoważnioną przez pacjenta

Dane osoby, którą pacjent upoważnił do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej wg powyższego zakresu:	
Imię i nazwisko	
Adres	
PESEL	
Nr i seria d. o.	

- przesłanie na adres:
  - wnioskodawcy
  - osoby, której jestem prawnym opiekunem
  - inny na podstawie upoważnienia pacjenta:

Dane adresowe do przesłania kserokopii dokumentacji medycznej zakresu:	
Imię i nazwisko	
Adres	

Zobowiązuję się do **pokrycia w całości kosztów** wykonania kopii / odpisu (poza pierwszorazowym wnioskowaniem danego zakresu) i kosztów przesłania (każdorazowego) dokumentacji medycznej wg stawki określonej na podstawie art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Data i podpis wnioskodawcy:	Data i podpis osoby przyjmującej wniosek:

# WNIOSEK O WYDANIE KOPII / ODPISU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



Potwierdzam odbiór

pierwszej bezpłatnej

drugiej lub innej płatnej (łącznie liczba stron: .....)

kopii / odpisu dokumentacji medycznej zgodnie z załączonym wnioskiem:

.....  
(imię i nazwisko, podpis osoby odbierającej kopię lub odpis / data odbioru)

W przypadku przesłania kopii dokumentacji medycznej pod wskazany adres, dowodem odbioru jest data doręczenia przesyłki oraz podpis na druku ZPO (Zwrotnego Potwierdzenia Odbioru).