

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

Dane personalne pacjenta:

Nazwisko

Imię

PESEL

Adres

Ja, niżej podpisany/-a zwracam się z prośbą o wydanie mi: kopii (za pokwitowaniem odbioru) mojej dokumentacji medycznej.

.....
data i podpis pacjenta

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U.2019 poz.1127) i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r.poz. 1000)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

Potwierdzam odbiór kopii mojej dokumentacji medycznej w dniu

.....
podpis pacjenta