

Płocki Zakład
Opieki Zdrowotnej
Sp. z o. o.**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**w formie wyciągu*/odpisu*/kopii*/wydruku* /na informatycznym nośniku danych*
z dnia
nr...../.....**Dane pacjenta:**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL lub data urodzenia:

Telefon kontaktowy:

Wnioskuje o wydanie dokumentacji medycznej ww. pacjenta w formie: **wyciągu*/ odpisu*/ kopii*/ wydruku*/ na informatycznym nośniku danych***, z okresu i miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:

(nazwa oddziału/jednostki organizacyjnej Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.)

Zostałem/lam poinformowany/a o konieczności uiszczenia opłaty związanej z udostępnianiem dokumentacji medycznej (art. 28 ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, 2280, 2705, z 2023 r. poz. 605.) i zobowiązuję się do jej uiszczenia przy odbiorze dokumentacji medycznej.Do odbioru dokumentacji medycznej nie upoważniam*/upoważniam*:
(imię i nazwisko osoby odbierającej, nr dowodu tożsamości)

W przypadku nie odebrania dokumentacji medycznej, zobowiązuję się do pokrycia kosztów związanych z wykonaniem zlecenia - przygotowaniem dokumentacji do wydania wnioskującemu. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)**Decyzja odnośnie udostępnienia dokumentacji medycznej:**Zgoda Dyrektora ds. Lecznictwa*
Ordynatora Oddziału*.....
(data, podpis, pieczęćka)**Potwierdzenie odbioru:**Potwierdzam odbiór **kserokopii*/wyciągu*/odpisu*/ wydruku* /na informatycznym nośniku danych*** dokumentacji medycznej
ilość kart/plyt (słownie.....)......
(data, czytelny podpis pracownika).....
(data, czytelny podpis, nr dowodu osobistego
pacjenta lub opiekuna prawnego/osoby upoważnionej)

*niepotrzebne skreślić