



## WNIOSEK O PRZYGOTOWANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

*Dane pacjenta:*

- 1) .....2) .....  
Imię i nazwisko pacjenta Nr PESEL
- 3) .....  
Adres zamieszkania, tel. kontaktowy

korzystając z uprawnień przysługujących mi na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zwracam się z prośbą o wydanie mi **kserokopii** dokumentacji medycznej dotyczącej (nazwa poradni) ..... za okres od ..... do ..... , a która jest własnością NZOZ „Wzgórze Św. Maksymiliana” Sp. z o.o. w Gdyni.

.....

**Oświadczam**, że akceptuję w NZOZ „Wzgórze Św. Maksymiliana” Sp. z o.o. wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji ( zgodnie z informacją o opłatach w dokumencie **DN 60/3 Dokumentacja medyczna**, który umieszczony jest na tablicy ogłoszeń oraz na stronie [www. wzgorze-maksymiliana.pl](http://www.wzgorze-maksymiliana.pl)), która wynosi ..... zł za 1 stronę kserokopii dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z jej przygotowaniem przy wydaniu kopii lub innej formie zgodnie z ustawą.

**Opłaty nie pobiera się w przypadku** udostępnienia dokumentacji medycznej **pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy** w żądanym zakresie i w formie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku, skanu lub na informatycznym nośniku danych.

.....  
data, podpis pacjenta, rodzica lub opiekuna prawnego)\*

\* właściwie zakreślić