



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, która wynosi zł za 1 stronę kserokopii dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z jej przygotowaniem przy wydaniu kopii.

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

* właściwie zakreślić