

TERMIN ODBIORU:
(wypełnia pracownik NZOZ „MEDIPOZ”)

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 2/3/2011

.....
Imię i nazwisko

Czerwionka, dnia

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL lub dowód tożsamości

.....
Telefon

**Do Dyrekcji
NZOZ „MEDIPOZ” Sp. z o.o.
w Czerwionce-Leszczynach**

WNIOSK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie mi egzemplarza/y kserokopii dokumentacji medycznej:

- uwierzytelnionej*/ nie uwierzytelnionej*/
- z wynikami badań*/ bez wyników badań*/
- z wypisami szpitalnymi*/ bez wypisów szpitalnych*/

sporządzonej w tutejszym **NZOZ „MEDIPOZ” Sp. z o.o. w Czerwionce-Leszczynach**

w poradni

za okres

w celu

Oświadczam, iż ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz pokryje w całości koszt wykonania powyższej dokumentacji stosownie do: ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112 z 2011 r. poz. 654), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 z 2010r. poz.1697 z późn. zm).

* właściwe podkreślić

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej

w dniu

Ilość stron:

Uwierzytelnienie: TAK NIE

Do zapłaty:

.....
(Podpis odbierającego)

.....
(Podpis pracownika „MEDIPOZ” Sp. z o.o.)