

WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Załącznik nr
P-0-02-01/1edycja 2
z dnia 20.07.2016

na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

_____ miejscowość i data

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko	
Numer telefonu kontaktowego	

2. Dokumentacja medyczna dotyczy

Imię i nazwisko	
PESEL	

3. Wnioskuje o:

- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 (po uprzednim uzgodnieniu terminu) - **bezpłatnie**
- wydanie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4:

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać czego dotyczą, inny rodzaj dokumentacji)**5. Dokumentację odbiorę:**

- A) osobiście B) osoba upoważniona C) pocztą na adres: _____

Zostałem/łam poinformowany/a o koszcie wykonania kopii/wyciągu/odpisu jednej strony dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia w/w kosztów, a w przypadku wysyłki także pokrycia kosztów przesyłki.

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej prośbę.....
czytelny podpis wnioskodawcy**WYDANIE DOKUMENTACJI**

- A) osobiście B) osoba upoważniona Data wydania: _____

Imię i nazwisko	
Seria i nr dokumentu tożsamości	
Ilość stron	
Naliczono opłatę w wysokości	

.....
podpis osoby wydającej dokumentację.....
czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację