

Jan Nowak

Mielec, data 15.01.2020r.

.....
Imię i nazwisko pacjenta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PESEL

561-265-123

Nr telefonu kontaktowego

**Do Dyrekcji
Szpitala Specjalistycznego
im. Edmunda Biernackiego w Mielcu**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

(Prosimy o wypełnienie drukowanymi literami)

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej (zaznaczyć właściwe):

- pełnej
 z wyłączeniem wyników badań,

pacjenta (podać nazwisko i imię) **JAN NOWAK**

sporządzonej w tutejszym Szpitalu w okresie **01.10.2019 r. – 31.12.2019 r.**

w Oddziale /Poradni **Neurochirurgicznym** nr historii choroby **456/2019**

w formie (zaznaczyć właściwe):

kopii – wytworzonego dokumentu przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, ilość kopii**1**.....

- na informatycznym nośniku danych** – płyta CD, ilość
- do wglądu** w siedzibie Szpitala,
- wyciągu** – skrótowego dokumentu zawierającego wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej,
- odpisu** – wytworzonego dokumentu poprzez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem,

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26, 27 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, mam prawo do pierwszej kopii w żądanym zakresie na podstawie art. 28 ust. 2a w/wym. ustawy, oraz, że pokryję określony w cenniku koszt wykonania i kopiowania powyżej dokumentacji, ustalony stosownie do zapisów art. 28 ust. 4 w/wym. ustawy, oraz na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

.....
Data, podpis pracownika

15.01.2020r, Jan Nowak
Data, czytelny podpis składającego podanie

.....
Podpis Dyrektora

Sposób odbioru dokumentacji medycznej:

~~1) odbiorę osobiście*~~,

2) odbierze osoba upoważniona*

UPOWAŻNIAM DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko **Anna Nowak**

PESEL **23456789123**

Mielec, **15.01.2020r.** **Jan Nowak**

Data, czytelny podpis pacjenta

**niepotrzebne skreślić*

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam odbiór kserokopii medycznej

20.01.2020r. **Anna Nowak**

Data i podpis odbierającego dokumentację