

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Wiek:

PESEL:

Adres:

Telefon

Ja, niżej podpisany/-a zwracam się z uprzejmą prośbą o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej:
(proszę określić jaka dokumentacja ma zostać wydana)

Odbiór Dokumentacji Medycznej

- odbiorę osobiście
- Centrum Medyczne Goldenmed – Oddział Warszawa
 - Centrum Medyczne Goldenmed – Oddział Legionowo

proszę przesłać na adres e-mail: _____

proszę przesłać za potwierdzeniem odbioru
na adres*: _____

za pośrednictwem osoby trzeciej
do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam: _____

(imię, nazwisko, PESEL, numer telefonu)

**KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZOSTANIE WYDANA WEDŁUG KOLEJNOŚCI ZGŁOSZEŃ,
BEZ ZBĘDNEJ ZWŁOKI, MOŻLIWIE JAK NAJSZYBCIEJ, NIE PÓŹNIEJ NIŻ W CIĄGU 14 DNI
OPŁATA ZA WYKONANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ WYNOŚI 0,50 ZŁ ZA JEDNĄ STRONĘ
PIERWSZA KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ JEST WYDAWANA BEZPŁATNIE**

data

podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

podpis osoby przyjmującej wniosek

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej, która została zawnioskowana.

miejsowość

data

czytelny podpis pracownika

* Koszt wysyłki dokumentacji medycznej stanowi dodatkową opłatę związaną z realizacją żądania pacjenta

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417)

Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000)