**Centrum Medyczne OKO Poradnia Okulistyczna\*/Laryngologiczna\* (\*skreślić niepotrzebne)**

ul. Śląska 35-37; 81-310 Gdynia  
NIP: 586 21 98 304 Regon: 220445080; e-mail: [kontakt@nzoz-oko.pl](mailto:kontakt@nzoz-oko.pl); www.nzoz-oko.pl

**Dane Pacjenta:**

Imię i nazwisko Pacjenta …………………………………………………………………..…………

PESEL Pacjenta …………………………………………………………………..…………

Telefon kontaktowy …………………………………………………………………..…………

Forma wydanej kopii dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe pole):

papierowa elektroniczna – e-mail ……….………………………………….

**Dane Wnioskodawcy** (proszę zaznaczyć właściwe pole):  **rodzic opiekun prawny**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy …………………………………………………………………..…………

PESEL Wnioskodawcy …………………………………………………………………..…………

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej z poradni (proszę zaznaczyć właściwe pole):

okulistyczna za okres od ..................................................... do ...............................................................

laryngologiczna za okres od ..................................................... do ...............................................................

Kopię dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć właściwe pole):

Odbiorę osobiście

Upoważniam do odbioru kopii dokumentacji medycznej Pana/Panią

Imię i nazwisko.....................................................................................................

Numer PESEL: ...............................................

Oświadczam, że akceptuję obowiązującą w Centrum Medyczne OKO wysokość opłat za udostępnienia dokumentacji medycznej, która wynosi ....................... za stronę i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z jej przygotowaniem przy wydaniu kopii.

Podstawa prawna: art. 26 ust. 1, art. 27 ust. 2, art. 28 ust. 1, 3, 4 – ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

...................................................................... **data i podpis Wnioskodawcy**

**POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby odbierającej** |  | **Data** | **Podpis Odbierającego** |
| **CM OKO – Przekazujący** |  | **Podpis Przekazującego** |