

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

NZOZ OKO Poradnia Okulistyczna

ul. Śląska 35-37
81-310 Gdynia
Nip: 586 21 98 304
Regon: 220445080
E-mail: nzo-oko@wp.pl
www.nzo-oko.pl

NZOZ
OKO



Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL Pacjenta

telefon kontaktowy

forma wydanej kopii dokumentacji

Dane Wnioskodawcy (rodzic lub opiekun prawny):

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL Wnioskodawcy

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z poradni:

.....
za okres od do

Kopię dokumentacji medycznej odbiorę osobiście.

Upoważniam do odbioru kopii dokumentacji medycznej Pana/Panią

Oświadczam, że akceptuję obowiązującą w NZOZ OKO Poradnia Okulistyczna o wysokość opłat za udostępniania 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.

.....
podpis wnioskodawcy/pacjenta