

Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz
Ośrodek Zdrowia w Piaskach
ul. Piaski 19
86-302 Piaski

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej w postaci:

- **kopii,**
- **wyciągu,**
- **odpisu,**
- **za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,**
- **na informatycznym nośniku danych.**

1. Wnioskodawca:
Imię i Nazwisko

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*
Imię i Nazwisko

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, wyniki badań – podać jakich, inna)

.....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów zgodnie z Art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017 poz 1318 t.j), stosownie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ Gminy Grudziądz .

4. Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 3
a) odbiorę osobiście;
b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona.....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie udostępnienia

1. W przypadku osoby upoważnionej odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej należy potwierdzić tożsamość:

..... nr

(nazwa dokumentu tożsamości) (seria i numer dokumentu)

2. Ilość stron

3. Wniesiono opłatę (gotówką) w wysokości zł;

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)

Godzina wydania:

* - wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji medycznej jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta