Ożarów, dnia .....

Nazwisko i imię wnioskodawcy: .....

Adres wnioskodawcy: .....

Dowód tożsamości wnioskodawcy: .....

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ożarowie
ul. Spacerowa 10, 27-530 Ożarów

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej sporządzonej w SPZOZ w Ożarowie.

1. Dane pacjenta

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: ..... Dowód tożsamości: .....

2. Poradnia lub poradnie, których dotyczy dokumentacja

[ ] Wszystkie poradnie [ ] Wskazane: .....

3. Lekarz lub lekarze, których dotyczy dokumentacja

[ ] Wszyscy lekarze [ ] Wskazani: .....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej

.....

5. Okres leczenia: od ..... do .....

6. Sposób odbioru

[ ] Osobiście [ ] Przez osobę upoważnioną

Nazwisko i imię osoby upoważnionej: .....

Dowód tożsamości osoby upoważnionej: .....

7. Forma udostępnienia dokumentacji: .....

8. Forma złożenia wniosku: .....

Informacja o opłatach

Pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu, również przez osobę upoważnioną, w żądanym zakresie jest bezpłatne. Wgląd do dokumentacji jest bezpłatny. W pozostałych przypadkach opłata może zostać pobrana wyłącznie na zasadach art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z uwzględnieniem ustawowych zwolnień i obowiązującego cennika SPZOZ.

....

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek Czytelny podpis wnioskodawcy