

Nr .....

Warszawa , dnia .....

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

.....

PESEL.....

Numer dowodu osobistego.....

Telefon kontaktowy .....

**Do Dyrektora ds. Medycznych  
Kliniki Medycznej IBIS / SENSOR CLINIQ**

### **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi kserokopii dokumentacji medycznej /pełnej\*/ częściowej\*/ mojej\* / pacjenta\*:

**Imię i nazwisko** .....

**PESEL** .....

**Sporządzonej w tut. szpitalu w okresie** .....

**W Oddziale\*/ Poradni\*/** .....

Przygotowaną dokumentację: odbiorę osobiście\* / proszę wysłać pocztą\*.

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52, poz.417z późn. zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
podpis wnioskodawcy

.....  
data i podpis osoby  
przyjmującej wniosku

.....  
data i podpis osoby  
składającej wniosek

### **Potwierdzenie odbioru**

Upředzony o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 kodeksu karnego oświadczam, iż zostałem upoważniony przez wskazanego powyżej pacjenta do uzyskania dokumentacji medycznej dot. jego osoby. Pisemne upoważnienie dołączam do wniosku\*/ upoważnienie znajduje się w dokumentacji pacjenta\*.

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej w dniu .....

Dołączam stosowne upoważnienie\*/ nie dołączam upoważnienia\*. (\* niepotrzebne skreślić )

.....  
Podpis pracownika

.....  
Podpis odbierającego