

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NR /

Imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia, adres Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

.....
.....

Numer telefonu do kontaktu:

OKREŚLENIE RODZAJU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

z pobytu w oddziale szpitalnym

.....
(proszę wskazać oddział oraz przybliżoną datę hospitalizacji)

ambulatoryjna

.....
(Izba Przyjęć, SOR, Ambulatorium, Lekarz Rodzinny, Poradnia – jaka? oraz okres)

Uwagi (np. określenie zakresu dokumentacji, który chcą Państwo otrzymać):

.....
.....

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:

osobiście

upoważniam

(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

proszę przesłać na adres

.....

INFORMACJA DLA WNIOSKUJĄCEGO

Udostępnienie żądanych danych na podstawie art. 15 ust. 3 RODO odbywa się - w przypadku pierwszej kopii danych – bezpłatnie. Za każde ponowne udostępnienie tych samych dokumentów SPZOZ w Augustowie może każdorazowo pobrać opłatę, której maksymalne stawki określa art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Augustowie.

.....
(data i czytelny podpis)

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentację medyczną udostępnił: (data i podpis)	Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej: (data i czytelny podpis)
---	--