

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

Do Dyrekcji SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. Bł. Marty Wieckiej

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej
Imię i nazwisko osoby, której dokumentacja dotyczy

Pesel

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

.....
Adres zamieszkania

.....
Komórka organizacyjna, w której udzielono świadczenia

.....
Data udzielenia świadczenia

Dokumentację medyczną pobieram po raz pierwszy / kolejny *

*niepotrzebne skreślić

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z zasadami przetwarzania przez SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. Bł. M. Wieckiej moich danych osobowych/danych osobowych pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym.
2. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z obowiązującym cennikiem udostępniania dokumentacji, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kserokopii/odpisu/wyciągu dokumentacji.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

Na podst Ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52, poz. 417 tekst jednolity z późn. zm.) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.