

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

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

.....
Oddział, Poradnia, Pracownia, w której udzielono świadczenia / data udzielenia świadczenia

.....
Rodzaj dokumentacji medycznej (np. Karta informacyjna, Protokół operacyjny, wyniki badań, inne)

Dokumentację medyczną pobieram po raz pierwszy / kolejny *

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam:

- 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.
- 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 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2024.0.581 t.j. z późn. zm.) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2024 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2024 poz. 798 z późn. zm.).

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej.

Podpis odbierającego (nr pesel, gdy odbiera osoba upoważniona)	Data wydania	Podpis pracownika wydającego

Przyczyna odmowy: