

# **KARDIOMED – SPÓŁKA PARTNERSKA**

## **WNIOSEK NR**

.....  
imię i nazwisko

Elbląg dnia.....

.....  
adres zamieszkania

PESEL .....

Telefon:.....

### **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej (kserokopii historii choroby)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Dokumentacja dotyczy leczenia w okresie .....

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. 417 z 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*

.....  
(Czytelny podpis wnioskodawcy, osoby upoważnionej lub opiekuna prawnego)

### **Wydano**

.....  
(liczba stron)

.....  
(data)

.....  
(imię i nazwisko pacjenta/osoby upoważnionej)

.....  
(nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości)

.....  
(czytelny podpis wydającego dokumentację)

.....  
(czytelny podpis odbierającego dokumentację)