

**Kierownik  
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PROFIL  
ul. Wł. Reymonta 27  
08-110 Siedlce**

## **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Zwracam się z prośbą o udostępnienie kopii/odpisu\* dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej PROFIL w Siedlcach.

\*niepotrzebne skreślić

**Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta:**

Nazwisko:..... Imię:.....

Adres zamieszkania:.....

Nr PESEL:

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

**Rodzaj i zakres dokumentacji medycznej:**.....

.....

*Strona: 1 z 2*

**Cel udostępnienia dokumentacji medycznej:**.....

.....

**Osoba występująca z wnioskiem (właściwe zakreślić):**

- Pacjent
- Osoba upoważniona przez pacjenta
- Przedstawiciel ustawowy

**Dane osoby występującej z wnioskiem (jeżeli inne niż pacjenta którego wniosek dotyczy):**

Nazwisko:..... Imię:.....

Adres zamieszkania:.....

Nr PESEL:

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

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.) przewidziany w art. 26, art. 27 i art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze 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  
(pacjenta / osoby upoważnionej przez pacjenta  
/ przedstawiciela ustawowego)

*Strona: 2 z 2*