

Mińsk Mazowiecki, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Dowód tożsamości

Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
w Mińsku Mazowieckim
Pl. J. Kilińskiego 10

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o udostępnienie do wglądu/wydanie* kopii/odpisu* dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Mińsku Mazowieckim.

Dokumentacja medyczna dotyczy:

Nazwisko

Imię

Adres Zamieszkania

Nr PESEL

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

Rodzaj dokumentacji medycznej:

.....
.....

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 pacjenta/osoby upoważnionej przez pacjenta/
przedstawiciela ustawowego

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii/wyciągu/odpisu* dokumentacji medycznej w dniu

.....

.....
czytelny podpis pracownika
PSSE w Mińsku Mazowieckim

.....
czytelny podpis odbierającego

*niepotrzebne skreślić