



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

.....  
.....

*(imię, nazwisko, PESEL Pacjenta)*

za ..... okres

do odbioru upoważniam: .....

*(imię, nazwisko, PESEL Odbierającego)*

Uwagi:.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania mi dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 24 ust. 1, art. 26 ust. 1 i 2 oraz w art. 27 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Pacjenta, (Dz. U z 2009r. Nr 52 poz. 417).

Bieruń, ..... dnia .....

.....

*(podpis Wnioskującego)*

Po sprawdzeniu tożsamości Odbierającego, potwierdzam wydanie kopii dokumentacji medycznej:

.....  
*(podpis pracownika Galen – Ortopedia)*

**Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej:**

Bieruń, ..... dnia .....

.....

*(czytelny podpis Odbierającego)*

F.1/IJ1/G1/GALEN	Wydanie 3	Strona 1/1
------------------	-----------	------------