

Wniosek o wydanie kopii, wyciągu/odpisu* dokumentacji medycznej

Dane Wnioskodawcy:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
PESEL

.....
Telefon

**Dyrekcja
Szpitala Powiatowego w Limanowej
Imienia Miłosierdzia Bożego**

Dokumentacja medyczna udostępniania jest w sposób i na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1318). Dokumentację udostępnia się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez Pacjenta.

Proszę o wydanie kserokopii/wyciągu/odpisu* dokumentacji medycznej:

Z leczenia szpitalnego
(dane pacjenta, PESEL, oddział, termin leczenia – wypełnić czytelnie)

.....
.....
.....

Z leczenia ambulatoryjnego
(dane pacjenta, PESEL, nazwa poradni, termin leczenia – wypełnić czytelnie)

.....
.....
.....

Wyrażam zgodę na pokrycie kosztów związanych z wydaniem kserokopii/wyciągu/odpisu* dokumentacji medycznej.

.....
czytelny podpis osoby składającej wniosek

* *niepotrzebne skreślić*