

.....
(miejscowość, data)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie / kopii / wyciągu / odpisu / dokumentacji medycznej / pełnej / częściowej / *

badani:.....

uwierzytelnionej / niewierzytelnionej / z wynikami badań /bez wyników badań *

pacjenta

adres zamieszkania.....

PESEL.....

sporządzonej w Revita Centrum Medyczne w Białymstoku w okresie

badania wykonane zostały dla / zakładu / na wniosek /*

w / Poradni / Pracowni /*

inne

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępnienia dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw pacjenta*, (Dz. U z 2009 r: 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 Rzecznika Praw Pacjenta*.

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody * a udostępnienie w/w dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

.....
(Podpis Dyrektora)

*niepotrzebne skreślić

Potwierdzenie odbioru

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

.....

(Podpis pracownika Revita CM)

**niepotrzebne skreślić*

.....

(Podpis odbierającego)