

## Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

### DANE PACJENTA

Data i miejscowość .....

Imię i nazwisko pacjenta .....

Nr PESEL / Data urodzenia .....

W przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, obejmujący jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony\*\* .....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego w przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych\*\* .....

Nr pesel rodzica / opiekuna prawnego\* .....

Telefon kontaktowy .....

### Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:

kopia dokumentacji medycznej (całość dokumentacji medycznej)

kopia dokumentacji medycznej

wybrani specjaliści:

Okres od – do: .....

inne (wyciąg, odpis, wydruk) .....

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o kosztach udostępniania dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty wskazanej przez pracownika placówki.

Informacja

Nieodebrana dokumentacja zostanie zniszczona, po upływie dwóch tygodni, od momentu jej przygotowania. W szczególnych przypadkach, okres ten zostanie wydłużony do miesiąca, po uprzednim poinformowaniu placówki, o terminie jej odbioru.

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek .....

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek .....

Dane osobowe będą przetwarzane przez Przedsiębiorstwo Usług Medycznych PROELMED Sp. z o.o. w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Przedsiębiorstwo Usług Medycznych PROELMED Sp. z o.o. znajdują Państwo na stronie internetowej [www.proelmed.pl](http://www.proelmed.pl) oraz w naszych placówkach.

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta