

Wałbrzych, .....

.....  
Nazwisko, imię osoby wnioskującej

.....  
adres

"Przychodnia Podgórze"  
ul. Niepodległości 58, 58-303 WAŁBRZYCH

PORADNIA .....

## W N I O S E K o udostępnienie dokumentacji medycznej

1	1) Nazwisko, imię pacjenta którego dotyczy dokumentacja medyczna  2) adres pacjenta	
2	Sposób udostępnienia dokumentacji	1) kopia (ksero, skan) <input type="checkbox"/> 2) do wglądu <input type="checkbox"/> 3) wyciąg <input type="checkbox"/> 4) odpis <input type="checkbox"/> 5) informatyczny nośnik danych <input type="checkbox"/>
3	Zakres dokumentacji	
4	1) Nazwisko, imię osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna 2) Uprawniony Organ lub Podmiot (art. 26 ust. 3 i 4)	
5	Nazwisko, imię osoby, która udostępniła dokumentację medyczną	
6	Data udostępnienia dokumentacji medycznej, podpis	Wałbrzych, .....  podpis .....

- Za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest opłata zgodnie z art. 28 ustawy "o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta" z dnia 23 marca 2017 r. (Dz.U. z 2017 r. Poz. 836)
- Oświadczam, że zobowiązuję się pokryć koszty udostępnienia dokumentacji medycznej o którą wnioskuję

.....  
*podpis osoby wnioskującej*