

Warszawa , dnia.....roku

**DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i Nazwisko:.....PESEL.....

Adres zamieszkania, Ulica:.....

Miasto:..... Kod pocztowy:.....

Telefon kontaktowy: ..... adres E-mail: .....

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem

z leczenia:  Ambulatoryjnego  Rehabilitacyjnego

za okres od: ..... do: .....

Forma odbioru dokumentacji medycznej

Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście;

Wnioskowaną dokumentację proszę wystać na wskazany adres:.....

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy

**Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej.**

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 23 i 24 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581) oraz zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji, ustalonych stosownie do zapisów art. 24 w/w Ustawy.