

Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o.

ul. Kilińskiego 16, 87-800 Włocławek,

tel. 54 231 10 33

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Poradnia

Ja niżej podpisana/y niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w formie:

- kserokopii,
- do wglądu,
- odpisu,
- kopii na elektronicznym nośniku danych
- przesłanego skanu na adres mailowy*

w całości / w części od do

*niepotrzebne skreślić

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście/ odbierze osoba legitymująca się pisemnym upoważnieniem / proszę o przesłanie dokumentacji listem poleconym (niepotrzebne skreślić)

Oświadczam, iż w przypadku przesłaniem dokumentacji pocztą ureguluję koszty przesyłki.

.....

(data i miejscowość, podpis pacjenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o. we Włocławku w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.

.....

(data i miejscowość, podpis pacjenta)

.....

(pieczęć jednostki, data i podpis osoby przyjmującej wniosek)