



NZOZ „ENDO-MEDICA” Sp. z o.o.
ul. Ogrody 14, 85-870 Bydgoszcz
NIP 967-135-73-89 REGON 341435573
www.endomedica.pl
tel.: 52) 373 11 22 ; 791 370 300

**WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
z dnia.....**

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej pełnej* / częściowej* w zakresie.....własnej* /

dziecka* / osoby pod opieką prawną*

Wniosek został złożony osobiście* / telefonicznie* / mailowo*.

DOKUMENTACJA DZIECKA/UPOWAŻNIENIE

Oświadczam, że zgodnie z art. 26 ust.1 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta jestem przedstawicielem ustawowym bądź osobą upoważnioną przez pacjenta. Jednocześnie oświadczam, że nie zostałem/am pozbawiony/a władzy rodzicielskiej, ani władza rodzicielska żadnego z rodziców nie została ograniczona w zakresie uprawnień wynikających z ustawy o prawach pacjenta.

.....
Czytelny podpis

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

.....

.....
(Podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(Podpis osoby składającej wniosek)

POTWIERDZENIE ODBIORU KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Niniejszym kwituję odbiór zamawianej przeze mnie dokumentacji medycznej.

.....
(Data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

* Niepotrzebne skreślić

** Wydanie dokumentacji medycznej osobie trzeciej możliwe jest jedynie za okazaniem pisemnego upoważnienia lub pełnomocnictwa sporządzonego przez pacjenta.