

Data .....

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Wnioskuję wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni: .....
- okres leczenia: .....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko: .....

numer dowodu osobistego: .....

Jednocześnie zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentów wg obowiązującego cennika przychodni. Podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity z 2012 r. Dz. U. Nr 0, poz. 159, z późn. zm.).

.....  
Podpis wnioskodawcy

Osoba przyjmująca:.....

MEDPHARMA ZOZ S.A.  
Al. Jana Pawła II 5A  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

CENTRUM REHABILITACYJNO-  
LECZNICZE MEDPHARMA  
ul. Leśna 1A, Nowa Wieś Rzeczna  
83-200 Starogard Gdański

FILIA POLPHARMA  
ul. Pelplińska 19  
83-200 Starogard Gdański

FILIA BOBOWO  
ul. Gdańska 11  
83-212 Bobowo

FILIA KALISKA  
ul. Nowowiejska 5  
83-260 Kaliska

FILIA OSIECZNA  
ul. Dworcowa 6  
83-242 Osieczna