

Warszawa, dnia.....

.....
.....
.....
(imię, nazwisko, adres, data urodzenia, telefon kontaktowy)

Do Kierownika Przychodni Przystypitalnej
Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii

PODANIE

Proszę o wydanie:

Kopii mojej dokumentacji medycznej - cena za 1 stronę: 0,68 zł.*

całości

wyników badań z dnia:
.....

części (opis czego dok. ma dotyczyć)
.....
.....

Odpisu mojej dokumentacji medycznej (kopia potwierdzona za zgodność z
oryginałem) – cena za stronę: 6,83 zł.*

całości

wyników badań z dnia:
.....

części (opis czego dok. ma dotyczyć)
.....
.....

Wyciągu z mojej dokumentacji medycznej (kopia części dokumentacji z
informacją z jakiego dokumentu została wykonana) – cena za stronę: 6,73 zł.*

.....
Proszę podać okres lub inne kryterium według którego należy sporządzić wyciąg

.....
(podpis)

*Wysokość opłat zgodna z art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z dnia 31.03.2009 Nr 52 poz. 417)

W przypadku gdy o odpis lub kserokopię dokumentacji medycznej pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji medycznej jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy dołączyć do podania.