

Warszawa, dnia.....

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

Do Dyrektora  
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: 6,83 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.