

Katowice, dnia.....

Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko.....

PESEL: .....

Zam. ....

Tel .....

OLK-MED Sp. z o.o.  
 Obwód Lecznictwa Katowice  
 ul. Dworcowa 3  
 40-012 Katowice

### WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuje o:

1) sporządzenie kserokopii mojej dokumentacji medycznej z Poradni/Pracowni:\*

..... Nr .....

2) wydanie oryginałów mojej dokumentacji medycznej z Poradni/Pracowni:\*

.....

na żądanie .....

(podać znak pisma, nazwę i adres instytucji)

#### Oryginał dokumentacji medycznej zobowiązuję się niezwłocznie zwrócić

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz. U z 2012 r. poz. 159) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w art. 28 w w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....  
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam odbiór oryginałów\* / kserokopii\* / odpisu\*/ dokumentacji medycznej

.....  
 (data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

.....  
 (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Zwrot oryginałów dokumentacji medycznej .....

(data i czytelny podpis osoby przyjmującej dokumentację)

\* wybrać właściwe