

.....  
Miejscowość, data

## Do Zarządu Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o. Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej:

Pacjent       Rodzic       Opiekun prawny       Osoba upoważniona

Imię i nazwisko: .....

PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adres zamieszkania:  
.....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Adres e-mail: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: .....

PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### Wnioskuje o wydanie dokumentacji medycznej:

 ambulatoryjnej: za okres od ..... do ..... szpitalnej: za okres od ..... do .....

### W formie:

kopii       kopii potwierdzonej  
za zgodność z oryginałem       wyciągu       odpisu       kopii na nośniku  
elektronicznym

### Dokumentację odbiorę:

 osobiście proszę przestać pocztą na adres\*: ..... proszę o przesłanie na adres e-mail: ..... odbierze osoba upoważniona:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....

numer i seria dowodu osoby upoważnionej: .....

.....  
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że mam świadomość tego, że ryzyko ewentualnej utraty lub zniszczenia przesyłki pocztowej zawierającej dokumentację medyczną lub ujawnienia jej treści w drodze pocztowej nie obciąża Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o. Zobowiązuję się do uiszczenia na rzecz Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o. o. opłaty w wysokości zgodnej z zasadami pobierania opłat określonymi w art. 28 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustalonej Zarządzeniem Zarządu Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o., za udostępnienie dokumentacji medycznej przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub przez sporządzenie kopii dokumentacji w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i jej przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych.

.....  
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

**Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej** (w przypadku osobistego odbioru)

.....  
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

\* Opłata za przesyłkę na koszt odbiorcy wg cennika ustalonego przez operatora pocztowego