

.....  
*Imię i Nazwisko wnioskującego*

*Andrychów, dnia .....*

.....  
*Adres zamieszkania wnioskującego*

.....

**Do Prezesa Zarządu  
Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
„VENA-Andrychów” Sp z o.o.**

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej dla osoby upoważnionej**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

Pacjenta: ..... PESEL : .....

za okres ..... w celu .....

jednocześnie oświadczam, że:

-jestem przedstawicielem ustawowym i moje prawa rodzicielskie nie są ograniczone

-jestem osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej oraz do informowania o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Zostałem/am powiadomiony/a o wysokości opłaty za sporządzenie jednej strony kopii dokumentacji medycznej  
(Wysokość odpłatności określa art. 28 ust. 4 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

.....  
Podpis pacjenta, osoby upoważnionej lub przedstawiciela ustawowego

Potwierdzenie odbioru:

data....., podpis osoby odbierającej.....

\*) właściwe zaznaczyć

**Jestem świadomy, że w przypadku braku właściwej mojej pieczy nad wydaną do moich rąk dokumentacją medyczną – istnieje wysokie ryzyko ujawnienia danych o stanie mojego zdrowia osobom nieuprawnionym.**

Co poświadczam podpisem .....

osoba odbierająca dokumentację medyczną