



Wniosek pacjenta o udostępnienie indywidualnej dokumentacji medycznej

Sosnowiec, dnia

Uni-Med Centrum Medyczno-Stomatologiczne
41-200 Sosnowiec, ul. Kukulek 45, www.uni-med.pl

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia: dzień | miesiąc | rok

--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U. z 2016 r. poz. 186) proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu mojego leczenia w poradni w okresie, poprzez wydanie kopii | wyciągu | odpisu | umożliwienie wglądu do oryginału dokumentacji.

1. Dokumenty odbiorę osobiście po powiadomieniu telefonicznym na numer | proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres
2. Dokumenty w formie elektronicznej lub skanu dokumentacji papierowej proszę wysłać w postaci szyfrowanej na adres e-mail, a wiadomość SMS z kodem wysłać na numer telefonu

Oświadczam, że rozumiem, iż udostępnienie dokumentacji jest odpłatne, a w razie przesłania dokumentacji drogą pocztową poniosę koszt przesyłki w kwocie odpowiadającej cenie przesyłki ustalonej przez operatora pocztowego. Cennik czynności administracyjnych jest dostępny na stronie <https://uni-med.pl/cennik/>

Oświadczam, że przyjąłem do wiadomości, że mój wniosek zostanie zrealizowany do 7 dni od daty jego złożenia.

--

podpis, Sosnowiec data

Oświadczam, że odebrałem osobiście udostępnioną dokumentację medyczną zgodnie ze moim wnioskiem.

--

podpis, Sosnowiec data