

.....
Imię i nazwisko

Olsztyn, dnia

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL lub nr dowodu tożsamości

**Dyrekcja
Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II
w Olsztynie**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie w postaci kserokopii*/ na elektronicznym nośniku danych* dokumentacji medycznej pełnej*/częściowej*- należy podać zakres żądanej dokumentacji
sporządzonej w Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Olsztynie i dotyczącej pacjenta PESEL

Wnoszę o wydanie dokumentacji:

- 1) w związku z celami leczniczymi, dla zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych*
- 2) w celach niezwiązanych z procesem leczenia i zapewnieniem ciągłości świadczeń zdrowotnych*

Oświadczam, że odbiorę dokumentację osobiście*/wnoszę o przestanie jej za pośrednictwem Poczty Polskiej*, oraz oświadczam, że pokryję koszt wykonania, kopiowania ustalony w Regulaminie organizacyjnym oraz wysyłki powyższej dokumentacji.

.....
(Podpis wnioskodawcy)

* właściwe zakreślić

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w postaci kserokopii*/na elektronicznym nośniku danych*, w dniu

.....
(Podpis pracownika Centrum Opieki Paliatywnej w Olsztynie)

.....
(Podpis odbierającego)

Podstawa prawna:

- Art.26-28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- art. 24 ust 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

- §19 Regulaminu organizacyjnego Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego „Palium” w Olsztynie