

Uniwersyteckie Centrum Stomatologiczne
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Dębowa 1A, 80-204 Gdańsk
NIP: 957 10 62 878
REGON: 221572277
tel. 58 880 89 10

Gdańsk.....

Imię i nazwisko **wnioskodawcy**

PESEL

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

.....
(imię, nazwisko, PESEL pacjenta w przypadku, gdy wnioskującym jest inna osoba niż pacjent)

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z Poradni
w formie (zakreślić znakiem x):

1) Do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej

2) Kopii/wydruku wyciągu odpis

Zobowiązuję się do pokrycia kosztu udostępnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami art.28, ust.1 z zastrzeżeniem ust. 2a (pierwsza kopia) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2019.1127)

3) Wydania oryginału

Zobowiązuję się do niezwłocznego zwrotu dokumentacji po jej wykorzystaniu, zgodnie z obowiązującymi przepisami (art.27 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2019.1127 ze zm.))

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzam udostępnienie dokumentacji do wglądu w dniu(dotyczy wyłącznie pkt. 1)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji w dniu

.....
czytelny podpis odbierającego wnioskodawcy