

Dane wnioskodawcy:

CENTRUM MEDYCZNE
35-055 Rzeszów, ul. Szopena 1



.....
.....
(imię, nazwisko, PESEL)

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE ORYGINAŁU
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA CM MEDYK sp. z o.o. sp. k.**

1. Ja niżej podpisany(a), zwracam się z prośbą o **udostępnienie oryginału** dokumentacji medycznej pacjenta

.....
(imię, nazwisko, PESEL pacjenta)

wytworzonej w CM Medyk z siedzibą w Rzeszowie z poradni/od lekarza

.....
(nazwa poradni lub imię i nazwisko lekarza)

W
(adres)

za okres od do.....

Uzasadnienie:

.....
.....
(należy wskazać sprawę, sąd lub organ władzy publicznej w postępowaniu, przed którym niezbędny jest oryginał dokumentacji lub stan zagrożenia życia /zdrowia)

2. Ja niżej podpisany(a), jednocześnie **oświadczam**, że zobowiązuję się do zwrotu wydanego oryginału powyższej dokumentacji medycznej w całości bezpośrednio do miejsca jej wydania w terminie 7 dni po jej wykorzystaniu.

.....
data i miejsce złożenia wniosku

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika

3. Ja niżej podpisany(a), **potwierdzam odbiór** oryginału powyższej dokumentacji medycznej- stron.

.....
data i miejsce odbioru dokumentacji

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika

Podstawa prawna: art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017, poz.1318).