

 POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA	POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni Specjalistycznych we Włocławku ul. Szpitalna 6 a, 87-00 Włocławek tel.(54) 41-65-362	Data wydania: 12.12.2022 roku
		Nr wniosku

.....
miejsowość, data**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****Dane wnioskodawcy**

Imię i nazwisko

PESEL

Nr tel.

Oznaczenie administratora
**Powiatowe Centrum Zdrowia -
Samodzielny Publiczny Zespół
Przychodni Specjalistycznych
we Włocławku
ul. Szpitalna 6a, 87-800 Włocławek**
Wnoszę o wydanie **kserokopii** dokumentacji medycznej dotyczącej (właściwie zaznaczyć):

- ☐ mojego leczenia w Powiatowym Centrum Zdrowia - Samodzielnym Zespole Przychodni Specjalistycznych,
- ☐ leczenia dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym,
- ☐ osoby, do której danych jestem upoważniona/y,
- ☐ osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym.

Imię i nazwisko

PESEL

Zakres żądanej dokumentacji medycznej:

Przychodnia / Poradnia	Zakres wykonania kserokopii	Data ostatniej wizyty (ROK)

Wyrażam zgodę na wydanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej (dot. pacjenta, który ukończył 16 lat, a nie jest wnioskodawcą)

.....
data, czytelny podpis pacjenta

Dokumentację Medyczną odbiorę osobiście / odbierze osoba upoważniona przeze mnie / przedstawiciel ustawowy (właściwie zakreślić):

Imię i nazwisko..... PESEL

W przypadku, gdy przepis prawa będzie nakładał obowiązek opłaty za udostępnianie kserokopii dokumentacji medycznej zobowiązuje się do pokrycia tej opłaty......
data, czytelny podpis pacjenta/ osoby upoważnionej / przedstawiciela ustawowego**Wypełnia pracownik PCZ - SPZPS**

Ilość stron	Opłata/ brak opłaty	Data odbioru
-------------	---------------------	--------------