

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania	
PESEL	

Ja, niżej podpisany/-a ..... zwracam się do Dyrektora ZOZ w Żórawinie z prośbą o sporządzenie kopii dokumentacji medycznej z poradni ..... za okres od ..... do .....

.....  
*Data i podpis Pacjenta*

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417) i Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

### POTWIERDZENIE ODBIORU

### KOPII INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko osoby odbierającej	
Adres zamieszkania	
PESEL	

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej w dniu .....

.....  
*Podpis Pacjenta*

.....  
*Podpis pracownika ZOZ w Żórawinie*

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417) i Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/