



Miejsko-Gminna Przychodnia w Świeciu

Świecie, dn.

**Do Dyrektora
Miejsko-Gminnej Przychodni w Świeciu**

**Wniosek
o wydanie oryginału dokumentacji medycznej**

Zwracam się z prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej.

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
PESEL
Dokumentacja medyczna za okres (od dnia - do dnia).....
Wydana w celu:
.....
.....
.....

Zobowiązuję się do zwrotu oryginału dokumentacji medycznej po jej wykorzystaniu, tj. do dnia:

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej przewidziany w art. 26 i art. 27 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023r. poz. 1545 t.j.)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Przedmiotowy wniosek zostanie rozpatrzony przez Dyrektora Miejsko-Gminnej Przychodni w Świeciu w terminie zgodnie z dyspozycją przepisów art. 244 oraz art. 237 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2023r. poz. 775 t.j.), bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca od daty jego otrzymania.

W przypadku gdy po dokumentację medyczną pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest ona zobowiązana przedstawić pisemne oświadczenie pacjenta, które należy dołączyć do podania.

Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej

Potwierdzam zwrot dokumentacji medycznej w dniu:

.....

(czytelny podpis pracownika MGP w Świeciu)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)