

**WYKAZ DRUKÓW  
obowiązujących w**

**Prywatnej Przychodni Lekarskiej  
w Chełmie Śląskim**

**ZAKRES I dt wyboru sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych**

<b>RODZAJ DRUKU</b>	<b>S</b>
<i>Wniosek o wykonanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego</i>	2
<i>Deklaracja wyboru podstawowej opieki zdrowotnej</i> <a href="http://www.nfz-katowice.pl/?a=newsy_pobierz&amp;id_l=76&amp;k0=02_ubezpieczony&amp;k1=11_druki_do_pobrania">http://www.nfz-katowice.pl/?a=newsy_pobierz&amp;id_l=76&amp;k0=02_ubezpieczony&amp;k1=11_druki_do_pobrania</a>	3
<i>OŚWIADCZENIE o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej</i>	4
<i>OŚWIADCZENIE o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego</i>	5

**ZAKRES II dt praw dostępu i warunków udostępniania dokumentacji medycznej**

<b>RODZAJ DRUKU</b>	<b>S</b>
<i>Oświadczenie woli leczenia</i>	
<i>Pełnomocnictwo - Upoważnienie</i> <i>d/t dostępu do informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej</i>	6
<i>Wniosek o wydanie zaświadczenia, opinii, orzeczenia lekarskiego</i>	7
<i>Upoważnienie do jednorazowego odbioru dokumentu medycznego</i>	8
<i>Oświadczenie d/t odmowy realizacji zaleceń medycznych</i>	9
<i>Wniosek o wydanie odpisu / kopii dokumentacji medycznej</i>	10
<i>Wniosek o wydanie i przejęcie dokumentacji medycznej</i>	11
<i>Wniosek o wypożyczenie dokumentacji medycznej</i>	12

*DRUKI dt DOKUMENTACJI*  
*PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJ CHEŁM ŚLĄSKI*

---

*Imię i Nazwisko Data Urodzenia PESEL*

---

*Adres*

---

*Dokument Ubezpieczenia Zdrowotnego*

### ***Wniosek o świadczenie odpłatne***

*Ja, niżej podpisany/a wnioskuję o wykonanie w Prywatnej Przychodni Lekarskiej w Chełmie Śląskim niżej wymienionych świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się do dobrowolnego poniesienia kosztów zgodnie z obowiązującą ceną świadczenia zdrowotnego. Zostałem poinformowany o możliwości uzyskania świadczeń refundowanych ze środków NFZ z uwzględnieniem limitów przyjęć i kolejki oczekujących*

*Zakres badań :*

.....

.....

.....  
*Podpis osoby wnioskującej lub prawnego opiekuna*

**Deklaracja wyboru lekarza / pielęgniarki / położnej**

**Link ŚOW NFZ Katowice**

**[http://www.nfz-katowice.pl/?a=newsy\\_pobierz&id\\_l=76&k0=02\\_ubezpieczony&k1=11\\_druki\\_do\\_pobrania](http://www.nfz-katowice.pl/?a=newsy_pobierz&id_l=76&k0=02_ubezpieczony&k1=11_druki_do_pobrania)**

## OŚWIADCZENIE

### o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

#### I. Składający oświadczenie

<b>Imię i nazwisko</b>											
<b>Adres zamieszkania</b>	<b>ULICA, NR/M</b>										
	<b>KOD-MIEJSCOWOŚĆ</b>										
<b>Numer PESEL</b>											
<b>Dokument potwierdzający tożsamość</b>	rodzaj <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy										
	<b>NUMER:</b>										
<b>Działając jako</b>	<input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> inny niż rodzic przedst. ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny <sup>1)</sup>										

#### III. Treść oświadczenia

**posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

<b>Podpis osoby składającej oświadczenie</b>	Data złożenia oświadczenia rrrr-mm/dd	Data udzielenia świadczenia wypełniane tylko w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia <sup>2)</sup> rrrr-mm/dd od ..... do .....
--	--	---

#### IV. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.):

- objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym
- uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach op. zdr. finansowanych ze środków publicznych <sup>3)</sup>
- art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>4)</sup>
- art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>5)</sup>
- art. 67 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

#### V. Świadczeniodawca<sup>7)</sup> przyjmujący oświadczenie

**Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu:**

**1) osoby składającej oświadczenie, 2) osoby, której dotyczy oświadczenie - z okazanymi mi dokumentami.**

Pieczęć adresowa świadczeniodawcy, uwzględniająca numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia  <b>UMOWA Z NFZ 121/212498</b>	Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy	Data (rrrr/mm/dd)
--	---	-------------------

#### OBJAŚNIENIA

- 1) Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.
- 2) Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.
- 3) *Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.*
- 4) *Dotyczy osoby, która posiada obywatelstwo polskie i nie ukończyła 18. roku życia. Należy zaznaczyć tylko w przypadku gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.*
- 5) *Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu oraz posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.*
- 6) *Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie: a) art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w okresie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, b) art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ukończyła szkołę: - ponadgimnazjalną – w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów, - wyższą – w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów, c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek – w okresie pobierania tego zasiłku, d) art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.*
- 7) Świadczeniodawcą lub niebędącą świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

#### POUCZENIE

Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświadczenia działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**OŚWIADCZENIE**  
**o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej**  
składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

**I. Składający oświadczenie**

<i>Imię i nazwisko</i>											
<i>Adres zamieszkania</i>	ULICA, NR/M										
	KOD-MIEJSCOWOŚĆ										
<i>Numer PESEL</i>											
<i>Dokument potwierdzający tożsamość</i>	rodzaj <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy										
	NUMER:										
<i>Działając jako</i>	<input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> inny niż rodzic przedst. ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny1)										

**II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie**

<i>Imię i nazwisko</i>											
<i>Adres zamieszkania</i>	ULICA, NR/M										
	KOD-MIEJSCOWOŚĆ										
<i>Numer PESEL</i>											
<i>Dokument potwierdzający tożsamość</i>	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> legitymacja szkolna										
	NUMER:										

**III. Treść oświadczenia**

<p>.....</p> <p><i>(imię i nazwisko)</i></p> <p><b>posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b></p>		
<b>Podpis osoby składającej oświadczenie</b>	<b>Data złożenia oświadczenia</b> rrrr-mm/dd	<b>Data udzielenia świadczenia</b> <small>wypełniane tylko w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielenia świadczenia2)</small> rrrr-mm/dd
od ..... do .....		

**IV. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.):**

- objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym
- uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach op. zdr. finansowanych ze środków publicznych 3)
- art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 4)
- art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 5)
- art. 67 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

**V. Świadczeniodawca7) przyjmujący oświadczenie**

<b>Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu: 1) osoby składającej oświadczenie, 2) osoby, której dotyczy oświadczenie - z okazanymi mi dokumentami.</b>		
Pieczętka adresowa świadczeniodawcy, uwzględniająca numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia	Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy	Data (rrrr/mm/dd)
<b>UMOWA Z NFZ 121/212498</b>		

**OŚWIADCZENIA**

1) Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga. 2) Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielenia świadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym. 3) Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej. 4) Dotyczy osoby, która posiada obywatelstwo polskie i nie ukończyła 18. roku życia. Należy zaznaczyć tylko w przypadku gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym. 5) Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub pogoju oraz posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym. 6) Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie: a) art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ukończyła szkołę - ponadgimnazjalną - w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów, - wyższą - w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów, c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pobiera zasiłek przynany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek - w okresie pobierania tego zasiłku, d) art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty - w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń. 7) Świadczeniodawcą lub niebędącą świadczeniodawcą osobą uprawnioną w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

**POUCZENIE** Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświ

**DRUKI dt DOKUMENTACJI  
PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJ CHEŁM ŚLĄSKI**

*Pełnomocnictwo/Upoważnienie/Oświadczenie musi być złożone osobiście w obecności pracownika przychodni,  
zobowiązanego do potwierdzenia danych osobowych na podstawie dokumentu tożsamości.*

**\*\*\* - niepotrzebne skreślić, właściwe zakreślić**

**OŚWIADCZENIE / UPOWAŻNIENIE / PEŁNOMOCNICTWO  
d/t DOSTĘPU DO INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja,.....PESEL:.....

*Imię i Nazwisko*

legitymujący/a się DO / Paszport / Prawo Jazdy : Nr .....

zamieszkały/a .....

Telefon ..... E-mail.....*niniejszym oświadczam, że :*

1    **wyrażam zgodę / nie wyrażam \*\*\*** zgody na przeprowadzenie świadczeń zdrowotnych i proponowane mi leczenie w ramach regulaminowych zadań Prywatnej Przychodni Lekarskiej s.c. w Chełmie Śląskim przy ul Imielińskiej 189

2    **TAK poinformowano** mnie o prawie udzielenia i wycofania pełnomocnictwa do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia, zakresie udzielonych świadczeń zdrowotnych, odbierania dokumentacji medycznej i wyników badań dodatkowych za mojego życia i po mojej śmierci.

3    1. **Upoważniam wskazane osoby p.3.2. // nie upoważniam i nie wyrażam zgodny nikomu \*\*\*** do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia, zakresie udzielonych świadczeń zdrowotnych, odbierania dokumentacji medycznej i wyników badań dodatkowych za życia i po mojej śmierci.

3    2. **upoważniam i oświadczam**, iż osobą upoważnioną do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia, zakresie udzielonych świadczeń zdrowotnych, odbierania dokumentacji medycznej i wyników badań dodatkowych za mojego życia i po mojej śmierci jest Pan / Pani : (wymagane: Imię i Nazwisko, data urodzenia ; opcjonalnie PESEL, Nr Paszportu lub Dowodu Tożsamości, Telefon )

a/ .....

b/ .....

5    **przyjmuję do wiadomości**, że Podmiot Leczniczy Prywatna Przychodnia Lekarska s.c. w Chełmie Śląskim przy ul.Imielińskiej 189, jest administratorem moich danych osobowych dla celów związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych i dla celów marketingu bezpośredniego związanego z regulaminowymi zadaniami podmiotu leczniczego. Zostałem/zostałam poinformowany/a o prawie dostępu i poprawianiu moich danych osobowych, jak również braku możliwości ich usunięcia ze względu na obowiązujące ustawy nadrzędne;

Chełm Śląski dn.: ..... Podpis czytelny .....

Podpis pracownika odbierającego oświadczenie .....

**NINIEJSZY DOKUMENT SPORZĄDZONY JEST W DWÓCH EGZEMPLARZACH – PO JEDNYM DLA KAŻDEJ ZE STRON**

**Data .....**

*Data .....*

\_\_\_\_\_  
*Imię i Nazwisko Data Urodzenia PESEL*

\_\_\_\_\_  
*Adres*

\_\_\_\_\_  
*Dokument Ubezpieczenia Zdrowotnego*

***Wniosek o wydanie zaświadczenia, opinii, orzeczenia lekarskiego***

*Ja, niżej podpisany/a wnioskuję o wydanie :*

*zaświadczenia lekarskiego; opinii lekarskiej; orzeczenia lekarskiego*

*Rodzaj dokumentu : .....*

*dla potrzeb : .....*

*Uwagi : .....*

.....  
*Podpis osoby wnioskującej lub prawnego opiekuna*

*DRUKI dt DOKUMENTACJI  
PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJ CHEŁM ŚLĄSKI*

*Data .....*

.....  
*Imię i Nazwisko Data Urodzenia PESEL*

.....  
*Adres*

.....  
*Dokument Ubezpieczenia Zdrowotnego*

### *Upoważnienie do jednorazowego odbioru wyniku badań dodatkowych*

*Ja, niżej podpisany/a **upoważniam** jednorazowo do odbioru wyniku badania medycznego wykonanego w Prywatnej Przychodni Lekarskiej w Chełmie Śląskim*

.....  
*NAZWA BADANIA*

*niżej wymienionej osobie :*

*Pan/Pani* .....  
*Imię Nazwisko Nr DO lub Paszportu Telefon*

*Data i Podpis .....*

*PESEL .....*

*Data i Podpis osoby upoważnionej potwierdzającej odbiór wyników badań .....*

*Podpis pracownika potwierdzającego zgodność danych .....*



*Data .....*

---

*Imię i Nazwisko Data Urodzenia PESEL*

---

*Adres*

---

*Dokument Ubezpieczenia Zdrowotnego*

### ***Oświadczenie d/t odmowy realizacji zaleceń medycznych***

*Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z moim stanem zdrowia i jestem świadomy/a możliwości pogorszenia jego stanu i wystąpienia zagrożenia życia poprzez niestosowanie się do proponowanych mi zaleceń medycznych. Świadomie odmawiam wypełnienia proponowanych mi zaleceń lekarskich i przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność za mój stan zdrowia.*

*Data i Podpis .....*

*PESEL .....*

*Podpis osoby odbierającej oświadczenie .....*

*Podpis osoby będącej świadkiem .....*

*Data .....*

---

*Imię i Nazwisko Data Urodzenia PESEL*

---

*Adres*

---

*Dokument Ubezpieczenia Zdrowotnego*

### ***Wniosek o wydanie odpisu / kopii dokumentacji medycznej***

*Ja, niżej podpisany/a wnioskuję o przygotowanie i wydanie odpisu / kopii \*\* dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Prywatna Przychodnia Lekarska z zakresu ( wymieni ć okres leczenia, poradnię lub zakres wykonanych badań )*

---

---

---

*Zostałem/am poinformowany/a o konieczności poniesienia kosztów przygotowania w/w kopii/odpisów.*

*W oparciu o pismo urzędowe z ZUS, KRUS lub NFZ w/w odpisy/kopie są wydawane bezpłatnie. W przypadku wszelkich innych instytucji państwowych lub prywatnych nie przysługuje zwolnienie z opłaty.*

*Data i Podpis .....*

*PESEL .....*

*Akceptacja wykonania zlecenia: .....*

*Podpis osoby zarządzającej: .....*

*Data .....*

---

*Imię i Nazwisko Data Urodzenia PESEL*

---

*Adres*

---

*Dokument Ubezpieczenia Zdrowotnego*

### ***Wniosek o wydanie i przejęcie dokumentacji medycznej***

*Ja, niżej podpisany/a wnioskuję o wydanie mojej dokumentacji medycznej prowadzonej w Prywatna Przychodnia Lekarska w poniżej wymienionych zakresach (wymienić poradnie)*

---

---

---

*Zostałem/am poinformowany/a, że z dniem przejęcia dokumentacji na podmiocie leczniczym nie ciąży obowiązek archiwizowania moich danych medycznych, zaś w przypadku zagubienia, zniszczenia nie będzie podstaw do ich odzyskania. Wniosek wydania dokumentacji realizowany jest bezpłatnie.*

*Data i Podpis .....*

*PESEL .....*

*Podpis osoby odbierającej wniosek: .....*

*Podpis osoby zarządzającej: .....*

*Na odwrocie strony sporządzono wykaz przekazanych pacjentowi dokumentów z podaniem ilości stron*

*DRUKI dt DOKUMENTACJI  
PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJ CHEŁM ŚLĄSKI*

*Data .....*

---

*Imię i Nazwisko Data Urodzenia PESEL*

---

*Adres*

---

*Dokument Ubezpieczenia Zdrowotnego*

***Wniosek o wypożyczenie dokumentacji medycznej***

*Ja, niżej podpisany/a wnioskuję o wypożyczenie dokumentacji medycznej z zakresu :*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*dla celów NFZ, ZUS, KRUS, Szpital, Przychodnia*

\_\_\_\_\_

*Zobowiązuję się zwrócić otrzymaną dokumentację w okresie 5 dni roboczych; a w przypadku zagubienia, zniszczenia , kradzieży wypożyczonej dokumentacji medycznej przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność i nie będę rościł żądań w zakresie jej odtworzenia.*

---

*Data i podpis osoby uprawnionej Nr Dowodu Osobistego/Paszportu Nr Telefonu*

\_\_\_\_\_

*Podpis osoby przyjmującej wniosek i wydającej dokumentację*

***Wniosek zwraca się w dniu oddania wypożyczonej dokumentacji medycznej***