



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

ul. Szkolna 2, 41-100 Siemianowice Śląskie
tel. 32 355 26 01 □ kontakt@spzlp.pl □ www.spzlp.pl

REGON 276180962 □ NIP 643 158 14 53 □ EKD 8512 □ RPWLD 000000013367
KONTO BANKOWE: ING BANK ŚLĄSKI 81 1050 1357 1000 0022 6187 6136

.....
Imię i Nazwisko

.....
PESEL

Do **Samodzielnego Publicznego
Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego**
w Siemianowicach Śląskich, ul. Szkolna 2

WNIOSEK PACJENTA O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji
medycznej z Oddziału Dziennego Psychiatrycznego /PZP za okres
w formie:

- kserokopii
- do wglądu
- odpisu
- kopii na elektronicznym nośniku danych
- skanu przesłanego na adres mailowy.....*

w całości/ w części od do.....

*niepotrzebne skreślić

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście
- upoważniam do odbioru

Zapoznałam/-em się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej i przed jej
odebraniem lub przesłaniem ureguluję koszty związane z jej udostępnieniem.

.....
Data i Miejscowość, Podpis Pacjenta

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZLP w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.

.....
Data i Podpis Pacjenta

Adnotacje:
Pieczęć jednostki:

Dokumentacje do wglądu udostępniono dnia:

Sporządzono:

Odpis dokumentacji medycznej:	stron	koszt
Kserokopię dokumentacji medycznej:	stron	koszt
Na elektronicznym nośniku danych:	sztuk	koszt
Przesłano na e-mail:	stron	koszt

Zapłata: data

Odebrano dokumentację medyczną dnia:

.....
Data i Podpis Pacjenta

.....
Data i Podpis Pracownika sporządzającego

Odebrałem dokumentację medyczną osobiście w dniu: