

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ELEKTORALNA DENTAL CLINIC
Ul. Elektoralna 28; 00-892 Warszawa
NIP 525-155-54-94 REGON 012297002

KIWORKOWA DENTAL CLINIC

SPÓŁKA JAWNA

Ul. Elektoralna 28; 00-892 Warszawa
NIP: 527-268-67-41 REGON: 146404945

Elektoralna Orthodontics
By Kiworkowa & Brandt Sp.z o.o.
Ul. Elektoralna 28, 00-892 Warszawa
NIP: 7010902363 REGON: 382342032

KIWORKOWA BEAUTY CLINIC

SPÓŁKA JAWNA

Ul. Elektoralna 28; 00-892 Warszawa
NIP: 527-278-36-45 REGON: 365695597

.....
IMIĘ I NAZWISKO SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

DATA

.....
PESEL

NZOOZ „Elektoralna Dental Clinic”
Dżulietta Kiworkowa
Ul. Elektoralna 28, 00-892 Warszawa

STAŁY WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI

Zwracam się z prośbą o udostępnienie do wglądu/wydanie* kopii/odpisu dokumentacji

- medycznej
- finansowej
- zdjęć rvg/ pantomogramu/ cefalometrii/ tomografii

będącej w posiadaniu NZOOZ „Elektoralna Dental Clinic” Dżulietta Kiworkowa
ul. Elektoralna 28, 00-892 Warszawa

Dokumentacja medyczna dotyczy: (wypełnić, jeśli dane osoby są inne niż składającego wniosek)

.....
IMIĘ I NAZWISKO

.....
PESEL

Przygotowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę o wysłanie na adres e-mail
- odbierze osoba trzecia (imię i nazwisko, nr. dow. os.)

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.) przewidziany w art. 26, art. 27 i art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/ w ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Informujemy, że podczas odbioru dokumentacji należy okazać dokument tożsamości.

.....
Czytelny podpis składającego wniosek

POTWIERDZENIE WPLYNIĘCIA WNIOSKU

.....
DATA WPLYNIĘCIA WNIOSKU

.....
PODPIS PRACOWNIKA PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór kserokopii/wyciągu/odpisu/nośnika elektronicznego*

dokumentacji medycznej w dniu:

.....
Czytelny podpis pracownika

.....
Czytelny podpis pacjenta/osoby upoważnionej przez
pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

*niepotrzebne skreślić