

data.....

.....  
IMIĘ I NAZWISKO SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

.....  
PESEL

NZOZ VILLA NOVA DENTAL CLINIC  
KIWORKOWA SPÓŁKA PARTNERSKA  
LEKARZY STOMATOLOGÓW  
UL. PRZYCZÓŁKOWA 219, 02-962 WARSZAWA

VILLA NOVA ORTHODONTICS  
BY KIWORKOWA & BRANDT SP. Z O.O.  
UL. PRZYCZÓŁKOWA 219, 02-962 WARSZAWA

KIWORKOWA DENTAL CLINIC  
SPÓŁKA JAWNA  
UL. PRZYCZÓŁKOWA 219, 02-962 WARSZAWA

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI

Zwracam się z prośbą o udostępnienie wydruku dokumentacji:

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

będącej w posiadaniu NZOZ Villa Nova Dental Clinic/ Kiworkowa Dental Clinic Spółka Jawna/Villa Nova Orthodontics by Kiworkowa & Brandt Sp. Z o.o./ Gabinet Stomatologiczny dr n.med. Emma Kiworkowa-Tomaszewska

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

.....  
IMIĘ I NAZWISKO

.....  
PESEL

Przygotowana dokumentacja:

- będzie odebrana osobiście
- proszę o wysłanie na adres e-mail\*\* .....

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.

.....  
Czytelny podpis składającego wniosek

## POTWIERDZENIE WPLYNIĘCIA WNIOSKU

.....  
DATA WPLYNIĘCIA WNIOSKU

.....  
PODPIS PRACOWNIKA PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

## POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór wydruku dokumentacji medycznej w dniu: .....

.....  
Czytelny podpis pracownika

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

\*niepotrzebne skreślić

\*\*tylko, jeżeli składający wniosek jest osobą, której dotyczy dokumentacja/osobą upoważnioną/przedstawicielem  
ustawowym