

.....
(miejsowość i data)

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy
(pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy)

.....
(Adres)
.....

**WNIOSEK
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta*:

.....
(Imię i nazwisko pacjenta)

PESEL pacjenta

- całej dokumentacji
- dokumentacji medycznej dotyczącej okresu.....
- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:
 1.
 2.
 3.
- Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:
.....

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej*:

- w formie kopii
- na elektronicznym nośniku danych (np. płyta cd)
- inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej ¹:

.....
(czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

*zaznaczyć „x” we właściwym miejscu

¹ Pozostałe formy określone w art. 27 ustawy w z dnia 6 listopada 2008r. O Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Udostępnioną dokumentację medyczną wydano dnia.....

Tożsamość osoby odbierającej udostępnioną dokumentację stwierdzono na podstawie dokumentu:
.....

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej udostępnioną dokumentację)