

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

.....
Adres

.....
Nazwa szpitala/przychodni

.....
Adres szpitala/przychodni

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

..... w zakresie:
(Imię i nazwisko pacjenta i jego nr PESEL)

- całej dokumentacji medycznej;
- 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:
-

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy/kolejny* przysługuje/nie przysługuje* wnioskodawcy prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie.

Data i czytelny podpis wyrażającego zgodę

*właściwe podkreślić

Potwierdzenie

I. Zwrotu udostępnionej do wglądu dokumentacji medycznej

Data, godzina i czytelny podpis
pracownika

II. Odbioru odpisu, kopii, wydruku, na informatycznym nośniku danych* dokumentacji
medycznej

ilość stron –

Data i czytelny podpis
wnioskodawcy

*właściwe podkreślić