

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

.....
Nazwa oddziału / poradni / pracowni

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)

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- ☐ w formie kopii;
- ☐ na elektronicznym nośniku danych (np. płyta cd);
- ☐ oryginału dokumentacji medycznej i jednocześnie zobowiązuję się do jej zwrotu po wykorzystaniu w terminie do.....
- ☐ inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej¹:

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie².

Miejscowość, data.....

Podpis wnioskodawcy³

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja odebrana:

- ☐ osobiście przez pacjenta;
- ☐ przez osobę upoważnioną przez pacjenta.

Data.....

Podpis osoby odbierającej

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

² Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

³ Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.