Warszawa, dnia 2019 r.

………………………………………….

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[[1]](#footnote-1): ……………………………….

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo orzymania tej dokumentacji bezpłatnie[[2]](#footnote-2).

Podpis[[3]](#footnote-3)

……………………………….

1. Pozostałe formy określone w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. [↑](#footnote-ref-1)
2. Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjneta. [↑](#footnote-ref-2)
3. Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie. [↑](#footnote-ref-3)