

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL ....., tel. kontaktowy .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w ( podać nazwę Oddziału/Poradni i datę pobytu):

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (odpowiednie podkreślić):

a) całej dokumentacji medycznej;

b) wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej;

5. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej (odpowiednie podkreślić):

a) w formie kopii;

b) wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 4 (odpowiednie podkreślić):

a) obiorę osobiście;

b) proszę przesłać na adres (opłata zgodna z cennikiem Poczta Polska).....

..... ;

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie i formie określonej powyżej po  
przez pierwszy, przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie (jeżeli dotyczy podkreślić).

.....  
(data i uwierzytelniony podpis wnioskodawcy)