

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

[MIEJSCOWOŚĆ], [DATA]

[IMIĘ I NAZWISKO wnioskodawcy]

PESEL [NUMER]

[ADRES], [TELEFON / E-MAIL]

[NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO]

(przychodnia / szpital / poradnia / gabinet)

[ADRES PLACÓWKI]

Sekretariat medyczny / Rejestracja

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art. 23 i art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o udostępnienie
dokumentacji medycznej dotyczącej:

☐ mnie jako pacjenta

☐ pacjenta [IMIĘ I NAZWISKO, PESEL], którego jestem
przedstawicielem ustawowym / osobą upoważnioną (w załączeniu)

Zakres dokumentacji: [np. cała historia choroby / karta informacyjna
z pobytu w dniach OD - DO / wyniki badań OKREŚL JAKIE / opis zabiegu
z dnia DATA].

Forma udostępnienia (art. 27 ust. 1):

☐ kopia ☐ wydruk ☐ odpis

☐ wyciąg ☐ informatyczny nośnik danych

☐ wgląd na miejscu (bezpłatny)

Sposób odbioru:

☐ osobiście w placówce

☐ przesyłką pocztową na adres: [ADRES]

☐ środkami komunikacji elektronicznej na: [E-MAIL]

Informuję, że jest to moje pierwsze żądanie udostępnienia dokumentacji
w tym zakresie, wobec czego zgodnie z art. 28 ust. 2a udostępnienie
jest bezpłatne. [usuń, jeśli nie dotyczy]

[PODPIS wnioskodawcy]

Załączniki:

- upoważnienie pacjenta / dokument potwierdzający przedstawicielstwo ustawowe (jeżeli działasz za inną osobę),
- kopia dokumentu tożsamości do wglądu (jeśli placówka wymaga).