

Gniezno, dnia.....

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

.....  
Adres  
.....

.....  
Nazwa przychodni

.....  
Adres przychodni

### **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta.....

(PESEL).....

w zakresie:

- 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;

inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej<sup>1</sup>:

.....

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo orzymania tej dokumentacji bezpłatnie<sup>2</sup>.

.....

Czytelny podpis<sup>3</sup>

Wydano dokumentację medyczną pacjenta w formie .....

strony od.....do.....

.....

Data i czytelny podpis osoby wydającej

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

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

<sup>3</sup> Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.