

Miejscowość....., data.....

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

.....
(Imię i nazwisko pacjenta i jego nr PESEL)

w zakresie:

- całej dokumentacji medycznej;
- dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:
- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj;

1.

2.

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- w formie kopii;
- inna forma udostępnienia dokumentacji:.....

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

.....
podpis