



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy / e-mail:

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.) wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia w Państwa placówce.

Zakres żądanej dokumentacji:

- pełna dokumentacja medyczna
- dokumentacja z okresu:
- dotycząca wizyt w dniu:

Forma udostępnienia:

- kopia papierowa
- kopia elektroniczna (e-mail / nośnik / ZIP)
- wgląd do dokumentacji w siedzibie placówki

Sposób odbioru:

- odbiór osobisty
- przesłanie pocztą na adres wskazany powyżej
- przesłanie na adres e-mail:

Załączniki (jeśli dotyczy):

- upoważnienie do odbioru dokumentacji przez osobę trzecią

.....

Data, miejscowość

.....

Czytelny podpis pacjenta