

Opole, dnia..... r.

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

.....  
Adres

.....  
Telefon

.....  
Nazwa szpitala/przychodni

.....  
Adres szpitala/przychodni

### Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

..... w zakresie:  
(Imię i nazwisko pacjenta i jego nr PESEL)

- 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;
- na elektronicznym nośniku danych (np. płyta cd);
- 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 otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie<sup>2</sup>.

**Podpis osoby przyjmującej**

**Podpis wnioskodawcy<sup>3</sup>**

.....  
Termin udostępnienia dokumentacji medycznej.....

Podpis osoby wydającej

Ilość stron

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

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

3 Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.