

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(nr tel.)

Do  
.....  
.....  
.....

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Działając w imieniu własnym i na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późniejszymi zmianami), zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kserokopii kompletnej dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia w Państwa placówce w okresie od ..... do ....., w wydanej kopii dokumentacji medycznej proszę uwzględnić :

- historię choroby
- płyty z zapisem badań obrazowych

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres email .....
- proszę wysłać na adres .....
- odbierze osoba upoważniona : .....  
- odrębne pisemne upoważnienie załączone do wniosku (imię, nazwisko, nr dowodu osobistego)

Zgodnie z art. 28 ust. 2a pkt 1) wspomnianej powyżej ustawy, opłaty za wydanie dokumentacji medycznej nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy.

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis wnioskodawcy, data, miejsce)

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis pracownika wydającego dokument)

Potwierdzenie odbioru osobistego:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
(rodzaj i nr dokumentu)

\_\_\_\_\_  
Data, nr dokumentu i podpis osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji