

Miejscowość, dnia

.....
Nazwa i adres podmiotu wykonującego
działalność leczniczą

Wniosek opiekuna ustawowego o udostępnienie dokumentacji medycznej dziecka

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

PESEL

Imię i nazwisko opiekuna ustawowego

Adres zamieszkania/ siedziby

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159) proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu opieki mojego dziecka
poprzez wydanie kopii/wyciągu/odpisu/umożliwienie wglądu do oryginału dokumentacji*.

Dokumenty odbiorę osobiście po powiadomieniu telefonicznym pod numer/
lub proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres
.....

Oświadczam, że rozumiem, że udostępnienie dokumentacji jest odpłatne, a w razie przesłania dokumentacji drogą pocztową poniosę koszt przesyłki w kwocie odpowiadającej cenie przesyłki ustalonej przez operatora pocztowego.

.....
Podpis upoważnionego, miejscowość i data

* właściwe podkreślić