

Miejscowość, dnia

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

Wniosek osoby upoważnionej o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

PESEL

Imię i nazwisko wnioskodawcy

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 terapii Pana/Pani.....Poprzez wydanie kopii/wyciągu/odpisu/umożliwienie wglądu do oryginału dokumentacji.

Dokumenty odbiorę osobiście po powiadomieniu telefonicznym pod numer/
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.

Do wniosku łączę oryginalne/ poświadczenie za zgodność z oryginałem upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej. W uzasadnieniu wniosku wskazuję, że Pacjent upoważnił mnie do dostępu do dokumentacji medycznej poprzez złożenie oświadczenia załączonego do dokumentacji medycznej¹.

.....
Podpis upoważnionego, miejscowość i data

¹ Niewłaściwe zdanie przekreślić