

Gdańsk, dn.....

.....  
Nazwisko i imię wnioskodawcy.....  
Data urodzenia.....  
Imiona rodziców.....  
Seria i nr. dokumentu tożsamości.....  
Adres**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej

.....  
W formie (zakreślić znakiem X):**a) do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej**Potwierdzam udostępnienie do wglądu (data, czytelny podpis).....**b) wyciągu, odpisu lub kopii**Zobowiązuje się do pokrycia kosztu udostępnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami  
(art.28 ust.4 pkt 1-3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r.)Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji (data, czytelny odpis).....**c) wydania oryginału***przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta (art.27 pkt 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r.)*Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji (data, czytelny podpis)..........  
czytelny podpis udostępniającego.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

Gdańsk, dn.....

**Odmowa udostępnienia dokumentacji -uzasadnienie**

Zgodnie z art.26 ust 1-2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r wobec braku upoważnienia, wnioskującej/mu odmawia się udostępnienia wnioskowanej dokumentacji.

Uzasadnienie odmowy otrzymałam/em

.....

data i czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
podpis pracownika weryfikującego  
uprawnienie.....  
podpis kierownika działu

Treść uzasadnienia.....

.....

.....

.....

