

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 kopiiZobowiązuje się do pokrycia kosztu udostępnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami (art.28 ust.4 pkt 1-3
Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji (data, czytelny odpis).....

c) wydania oryginałuprzez 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)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji (data, czytelny podpis).....

.....

czytelny podpis udostępniającego

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

