

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 zdrowotnejPotwierdzam 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**)Potwierdzam udostępnienie do wglądu (data, czytelny odpis).....**c) wydania oryginału***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 udostępnienie do wglądu (data, czytelny podpis).....

.....

czytelny podpis udostępniającego

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

