



.....

.....

.....

Imię i nazwisko wnioskodawcy , adres zamieszkania

Centrum Medyczne ANT-MED
ul. Białobrzaska 13A, 37-110 Żołyńia

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej nr

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

..... w zakresie:
(Imię i nazwisko pacjenta i jego nr PESEL)

- całej dokumentacji medycznej;
- dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:
- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
- Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:
.....

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- w formie kopii;
- pliku elektronicznym PDF

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie.ⁱ

Żołyńia , dniar.

.....
CZYTELNY PODPIS

ⁱ Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

