

Wysokie Mazowieckie, dnia ..... r.

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy  
(pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy)

.....  
Adres

Pani Dyrektor  
Szpitala Ogólnego  
w Wysokim Mazowieckiem  
ul. Szpitalna 5  
18-200 Wysokie Mazowieckie

**WNIOSEK**  
**o udostępnienie dokumentacji medycznej po raz kolejny**

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;
- inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej<sup>1</sup>: .....

Dokumentację odbiorę osobiście/ proszę przesłać przesyłką pocztową za pobraniem. Zapoznałam(-em) się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej i przed jej osobistym odebraniem lub przesłaniem ureguluję koszty związane z jej udostępnieniem.

.....  
(podpis)

Wydano ..... stron z .....

Nr rachunku .....

.....  
Odebrano dokumentację medyczną data i miejscowość, podpis

<sup>1</sup> Pozostałe formy określone w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.