

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 medycznej¹:

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

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