

Poznań, dnia

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

.....
Adres , telefon kontaktowy

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

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)

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

w formie kopii;

na elektronicznym nośniku danych (np. płyta cd);

inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej¹:

.....

Pokwitowanie wypożyczenia zdjęć mammograficznych wykonanych metodą analogową :

(data i podpis osoby wypożyczającej).....

Potwierdzenie zwrotu wypożyczonych zdjęć: (data i podpis pracownika OPEN).....

Powód ubiegania się o wydanie dokumentacji:.....

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie².

Podpis³.....

Numer rachunku: 45 9043 1070 2070 0065 0524 0001 /PBS O/Poznań, ul. B. Krzywoustego 3, 61-144 Poznań

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

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

³ Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.