

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

Jaśło,.....

.....  
(adres)

**Szpital Specjalistyczny w Jaśle**

.....  
(adres szpitala/przychodni)

## **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:  
.....w zakresie:  
(imię 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 określania zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:  
.....

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- w formie kopii;
- inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej:  
.....

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

.....

**Podpis**

Pozostałe formy określone w art.27 ustawy z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta. Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta. Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.