

Warszawa, dnia.....

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(telefon kontaktowy)

**„PJ-MED” SZPITAL
02-971 Warszawa
ul. Wafłowa 7a**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Proszę o wydanie (kopii / odpisu potwierdzonego za zgodność) mojej dokumentacji medycznej z leczenia w Szpitalu PJ-MED w okresie.....

Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inne)
.....

Udostępnienie dokumentacji - należy wskazać cel udostępnienia (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu)

- W celu dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym w zakresie opieki medycznej
- W celu przedstawienia firmie ubezpieczeniowej
- W innym celu niezwiązanym z dalszym leczeniem.

Dokumentację medyczną odbiorę (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu)

- osobiście
- upoważniam
(Imię i nazwisko, numer dokumentu tożsamości)

Kopia dokumentacji dostępna będzie do 14 dni roboczych od daty złożenia wniosku .

Podstawa prawna: Art. 26, ust 1 oraz Art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. 2009 Nr 52, poz. 417)

.....
(data i czytelny podpis)