

Pomiechówek, dnia .....

.....  
/Imię i Nazwisko Pacjenta/

.....  
/Adres zamieszkania/

.....  
/Nr PESEL/

.....  
/Nr telefonu kontaktowego/

## WNIOSEK

Proszę o wydanie:

1. kopii mojej dokumentacji medycznej za okres od ..... do .....
2. odpisu (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem) mojej dokumentacji medycznej za okres od ..... do .....

**Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej** zgodna z art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Dz.U. 2017 poz. 1318 z póź. zm.)

**UWAGA: W przypadku braku upoważnienia do dokumentacji medycznej nie zostanie ona udostępniona osobie trzeciej.**

## POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA

Imię i nazwisko osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej:

.....  
/Imię i Nazwisko/

.....  
/Nazwa i nr dokumentu tożsamości/

Liczba stron: .....

Wniesiono opłatę w wysokości: ..... zł

.....  
/Czytelny podpis osoby odbierającej/

.....  
/Data i podpis pracownika wydającego/