

Kielce, dnia.....

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

.....
Adres

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach
ul. Artwińskiego 3
25-734 Kielce
tel.: 413674208, fax: 413456882

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:
.....;
.....;

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- w formie kopii,
- inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej¹:
.....

Odpłatność za udostępnienie dokumentacji medycznej:

- bezpłatnie² - po raz pierwszy przysługuje prawo do otrzymania bezpłatnej dokumentacji,
- odpłatnie – po raz kolejny,
- odpłatnie – w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej osobie upoważnionej.

.....
Podpis wnioskodawcy

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.