



Imię i nazwisko  
wnioskodawcy, pesel.....  
Adres.....

**Empatika Centrum Terapii sc**

**Otwock ul Kollątaja 4**

**Data**

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

.....  
(Imię i nazwisko pacjenta i jego nr PESEL)

w zakresie :

- 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
- w formie wypisu

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie<sup>2</sup>.

Podpis<sup>3</sup>

.....

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

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

<sup>3</sup> Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.