



..... (miejscowość), (data)

.....
.....
.....

*(Imię i nazwisko,
adres zamieszkania,
numer PESEL)*

.....
.....
.....

*(nazwa i adres siedziby
placówki medycznej)*

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581), wnoszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia w Państwa placówce.

Dokumentacja ta jest mi potrzebna w celu:

.....
.....

[np. kontynuacji leczenia, przedstawienia lekarzowi prowadzącemu, do celów ubezpieczeniowych, itp.]

Proszę o udostępnienie dokumentacji w zakresie:

☐ historii choroby

☐ wyników badań (np. laboratoryjnych, RTG, USG, MRI)

☐ epikryz (kart informacyjnych z leczenia szpitalnego)

☐ innych: *[wpisać, jeśli dotyczy]*



TWOJA STREFA SZKÓD
Jesteśmy **na wszelki wypadek**

Sposób odbioru dokumentacji:

☐ odbiór osobisty

☐ przesłanie na adres e-mail

☐ przesłanie pocztą tradycyjną na adres:

.....
(podpis)