

.....,

Miejscowość

Data

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

Dane placówki medycznej

Dane wnioskującego pacjenta:

.....

Imię i Nazwisko

PESEL

.....
.....

Adres zamieszkania

Wniosek

o wydanie dokumentacji medycznej

Na podstawie art. 23 ust. 1 w zw. z art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.), wnoszę o wydanie kserokopii całej dokumentacji medycznej z mojego leczenia/rehabilitacji w Państwa placówce medycznej poczynsz od

Opłatę za wydanie wnioskowanej dokumentacji uiszczę po wskazaniu kwoty.

.....