

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

.....  
Adres

**Szpital Specjalistyczny Matopat**  
**Przychodnia Specjalistyczna Matopat**  
Ul. Storczykowa 8/10  
87-100 Toruń

### **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:
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
- Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:
- .....
- .....

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- w formie kopii;
- na elektronicznym nośniku danych (np. płyta cd);
- inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej<sup>1</sup>: .....

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

.....  
Podpis<sup>3</sup>

---

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.  
3 Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.