

Bydgoszcz, dnia

.....
Imię i nazwisko osoby wnioskującej

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

**Szpital Uniwersytecki nr 1
im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

..... w zakresie:

- 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 (np. zdjęcia):

.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję zasady udostępniania dokumentacji medycznej przewidziane w art. 26 i 27 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.). W przypadku gdy po dokumentację medyczną pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy dołączyć do podania.

.....
podpis wnioskodawcy