………………………………, dnia ………………

……………………………………….

 (imię i nazwisko)

……………………………………….

 (adres)

……………………………………….

 (nr tel.)

Do

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Działając w imieniu własnym i na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późniejszymi zmianami), zwracam się z uprzejmą prośbą o:

- wydanie uwierzytelnionej kserokopii kompletnej dokumentacji medycznej związanej z prowadzeniem ciąży w Państwa placówce w okresie od …………….……. do ………….………….., w wydanej kopii dokumentacji medycznej proszę uwzględnić zarówno dokumentację indywidualną (w tym w szczególności historię choroby, wyniki badań diagnostycznych, opisy operacji i zabiegów, karty konsultacji medycznych, karty znieczulenia, płyty z zapisem badań obrazowych, opisy badań obrazowych, udzielone zgody na zabiegi itp.) oraz dotyczących mojej osoby fragmentów dokumentacji zbiorczej (w tym kart obserwacji lekarskich i pielęgniarskich).

Proszę równocześnie, by kserokopia dokumentacji została sporządzona zgodnie z § 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, czyli by poszczególne strony w dokumentacji były ponumerowane i uporządkowane chronologicznie. Proszę również o załączenie oświadczenia o kompletności udostępnionej dokumentacji.

Zgodnie z art. 28 ust. 2a pkt 1) wspomnianej powyżej ustawy, opłaty za wydanie dokumentacji medycznej nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy.

Uprzejmie proszę o przesłanie mi dokumentacji na adres podany w nagłówku pisma listem poleconym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(czytelny podpis, data, miejsce*)