………………………………, dnia ………………

……………………………………….

(imię i nazwisko)

……………………………………….

(adres)

……………………………………….

(nr tel.)

Do

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Działając 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 kserokopii kompletnej dokumentacji medycznej dotyczącej zmarłego pacjenta  
(imię i nazwisko ………….……………………………), (PESEL: ………………………………………………) przebiegu leczenia 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., jak i sekcję zwłok) jak i odnoszących się do zmarłego pacjenta 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 po raz pierwszy.

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

Jednocześnie wskazuję, że jestem uprawniony do uzyskania kopii dokumentacji, bowiem:

□ zostałem upoważniony za życia przez zmarłego pacjenta w Państwa placówce;

□ zostałem upoważniony za życia przez zmarłego pacjenta w innej placówce medycznej;

□ jestem osobą bliską pacjenta, czyli: □ małżonkiem, □ krewnym do drugiego stopnia w linii prostej;

□ powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej;

□ przedstawicielem ustawowym,

□ osobą pozostającą we wspólnym pożyciu;

□ osobą wskazaną przez pacjenta;

Na potwierdzenie faktu upoważnienia w innej placówce lub bycia osobą bliską przedkładam w załączeniu niniejszego wniosku:

□ upoważnienie; □ akt małżeństwa; □ akt urodzenia; □ akt zgonu; □ postanowienie sądu o ustanowieniu kuratel; □ inny dokument potwierdzający fakt bycia osobą bliską; □ nie przedkładam żadnych dokumentów;

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

*(czytelny podpis, data, miejsce*)