

Dnia:

## WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Adres

Telefon

PESEL

*dane podmiotu leczniczego lub lekarza*

## WNIOSEK

o wydanie dokumentacji medycznej dotyczącej zmarłego

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późniejszymi zmianami), wnoszę o wydanie kserokopii/kompletnej dokumentacji medycznej dotyczącej zmarłego pacjenta

Imię i nazwisko	
Adres	
Data urodzenia	
PESEL	
Nazwa oddział/poradni	
Okres pobytu/porady	

Wnoszę również o uwzględnienie w sporządzonej dokumentacji, w szczególności następujących dokumentów: historia choroby, wyniki badań diagnostycznych, opisy operacji, karty konsultacji medycznych, karty znieczulenia, płyty z zapisem badań obrazowych, opisy badań obrazowych, udzielone zgody na zabiegi itp.), jak i również wydanie: kart obserwacji lekarskich i pielęgniarskich - wszystkie powyższe związane pobytom.

Jednocześnie wnoszę o załączenie oświadczenia o kompletności udostępnionej dokumentacji medycznej, a także ponumerowanie poszczególnych stron kserokopii dokumentacji medycznej i uporządkowanie w sposób chronologiczny (zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Nadmieniam, iż wedle art. 28 ust. 2a pkt 1) ustawy i prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, opłaty za wydanie dokumentacji medycznej nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy.

**Wskazuję, że jestem osobą uprawnioną do uzyskania kopii dokumentacji medycznej zmarłego, gdyż:**

- zostałam/-em upoważniony za życia przez zmarłego pacjenta w Państwa placówce;
- zostałam/-em 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, która za życia pacjenta pozostawała z nim 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

**Przygotowaną dokumentację:**

- odbiorę osobiście
- proszę przesłać na adres podany w nagłówku pisma listem poleconym
- proszę wydać osobie upoważnionej
- proszę przesłać na adres **podany poniżej**, listem poleconym

*(dokładny adres na jaki ma być wysłana wnioskowana dokumentacja medyczna)*

*podpis - imię i nazwisko*