

Dnia:

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Adres

Telefon

PESEL

dane podmiotu leczniczego lub lekarza

WNIOSEK

o wydanie kopii/odpisu dokumentacji medycznej

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/odpisu kompletnej dokumentacji medycznej dotyczącej:

- własnej historii choroby/rehabilitacji/ świadczeń medycznych wnioskodawcy j.w.
- historii choroby/rehabilitacji/ świadczeń medycznych dot. dziecka
- osoby, której jestem opiekunem prawnym
- innej osoby, na podstawie upoważnienia dołączonego*/znajdującego* się w dokumentacji

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 pobylem.

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.

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