…………………., dnia ..........................

…………………………………..

PESEL………………………….

…………………………………..

…………………………………..

Do

 .....................................................

.....................................................

.....................................................

**WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Działając w imieniu własnym, 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 mojego leczenia w Państwa placówce. W wydanej kopii dokumentacji medycznej proszę uwzględnić zarówno dokumentację indywidualną oraz odnoszące się do osoby mojej osoby fragmenty dokumentacji zbiorczej, w tym karty obserwacji lekarskich i pielęgniarskich.

Uprzejmie proszę, aby kopia 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.

Proszę o przesłanie mi dokumentacji w formie papierowej listem poleconym na adres podany w nagłówku pisma.

 ……………………………………………….

 (imię i nazwisko)