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

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

Do

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

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

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

**WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Uprzejmie proszę o wydanie kopii pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu leczenia zmarłego pacjenta - …………………………..(PESEL………………….) w Państwa placówce w okresie od ……………….do ……………….. w tym kopii kompletnej dokumentacji medycznej indywidualnej oraz fragmentów dokumentacji zbiorczej (w tym kart obserwacji lekarskich i pielęgniarskich) dotyczących tego pacjenta.

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.

Wskazuję, że jestem uprawniony do uzyskania kopii dokumentacji, ponieważ:

* zostałem upoważniony za życia przez zmarłego pacjenta w Państwa placówce;
* jestem osobą bliską pacjenta, czyli:  małżonkiem,  krewnym do drugiego stopnia w linii prostej;
* przedstawicielem ustawowym.

Na potwierdzenie faktu uzyskania upoważnienia / bycia osobą bliską przedkładam w załączeniu niniejszego wniosku:  upoważnienie;  akt małżeństwa;  akt urodzenia;  akt zgonu.

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

 ……………………………………………….

 (imię i nazwisko)