

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko _____

Pesel _____

Adres _____

Nr tel. _____

(dane podmiotu medycznego)

Niniejszym wnoszę o wydanie potwierdzonej za zgodność z oryginałem i uczytelnionej kserokopii kompletnej dokumentacji medycznej indywidualnej (w tym w szczególności historii choroby, wyników badań diagnostycznych, opisów operacji, kart konsultacji medycznych, kart znieczulenia, opisów badań obrazowych, udzielonych zgód na zabiegi itp.) oraz odnoszących się do mojej osoby fragmentów dokumentacji zbiorczej (w tym kart obserwacji lekarskich i pielęgniarskich), związanej z przebiegiem leczenia mojego leczenia w Państwa _____ placówce _____ w _____ okresie: _____, wraz z oświadczenia o kompletności wydanej dokumentacji.

Uzasadniając powyższy wniosek wskazuję, że zgodnie z art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku pacjenta ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej, zarówno indywidualnej jak i zbiorczej, co potwierdził wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 maja 2003 roku (OSA 1/2003, OSP 2003/11, poz. 136).

Ponadto oświadczam, że pokryję koszty wykonania kserokopii według zasad wynikających z ustawy, proszę o przesłanie mi dokumentacji na adres podany w nagłówku pisma listem poleconym.

Data

Podpis