***prosimy wypełnić rubryki zaznaczone kolorem szarym***

Szemud, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*data złożenia wniosku*

**NZOZ „KRIS – MED”**

**ul. Wejherowska 17**

**84 – 217 Szemud**

**Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej pacjenta**

Ja, niżej podpisana/podpisany

|  |  |
| --- | --- |
| *imię i nazwisko* | *PESEL* |
| *adres zamieszkania* | |

działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zwracam się z prośbą o wydanie **kopii całej zgromadzonej przez Państwa dokumentacji medycznej** zgodnie z poniższym wnioskiem. Dokumentację proszę wydać mi **niezwłocznie z uwagi na konieczność pilnej kontynuacji leczenia**.

Wniosek dotyczy (***zaznaczyć znakiem [X] właściwy szary kwadrat****)*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | mojej dokumentacji medycznej (wniosek składam w imieniu własnym) |
|  | osoby, która upoważniła mnie do złożenia wniosku i odbioru dokumentacji  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***(wpisać dane osoby, której dokumentacja ma zostać wydana)*** |
|  | mojego małoletniego dziecka / dzieci  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***(wpisać dane dziecka lub dzieci, których dokumentacja ma zostać wydana)*** |

Jednocześnie oświadczam, że (***zaznaczyć znakiem [X] właściwy szary kwadrat****)*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | nie składałam/składałem wcześnie wniosku o wydanie mi kopii dokumentacji medycznej, w związku z tym **przysługuje mi prawo do uzyskania pierwszej darmowej kopii dokumentacji** |
|  | otrzymałam/otrzymałem już darmową kopię dokumentacji medycznej w związku z tym proszę o doręczenie mi informacji o kosztach kserokopii wraz z kopią dokumentacji |

Dokumentację chcę odebrać w następujący sposób (***zaznaczyć znakiem [X] właściwy szary kwadrat****)*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie NZOZ „KRIS-MED” w Szemudzie |
|  | proszę o wysłanie dokumentacji pocztą na adres:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***(wpisać adres na jaki ma być wysłana dokumentacja)*** |

|  |
| --- |
| ***czytelny podpis imieniem i nazwiskiem*** |