

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

<i>imię i nazwisko</i>	<i>PESEL</i>
<i>adres zamieszkania</i>	

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 składałam 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/składałam wcześniej wniosku o wydanie mi kopii dokumentacji medycznej, w związku z tym przysługuje mi prawo do uzyskania pierwszej darmowej kopii dokumentacji
	otrzymałam/otrzymałam 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