……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

*(dane nadawcy ze wskazaniem pokrewieństwa/ powinowactwa z osobą zmarłą np. Anna Kowalska – żona zmarłego)*

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

*(dane podmiotu leczniczego)*

WNIOSEK O DORĘCZENIE KOPII PEŁNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisana/y …………………………………………………… *(imię i nazwisko)* …………………………………… *(określenie pokrewieństwa – np. córka/syn/siostra/ojciec/matka lub powinowactwa – np. żona)* zmarłej/zmarłego …………………………………………………… *(imię i nazwisko zmarłej/zmarłego) …………………………………… (PESEL zmarłej, zmarłego)* na podstawie art. 26 ust. 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, niniejszym zwracam się z wnioskiem o kserokopię pełnej dokumentacji medycznej z pobytu i leczenia …………………………………………………… (*imię i nazwisko zmarłej/zmarłego)* w Państwa placówce\* w okresie ………………………………… *(zakres dat w jakim odbyło się leczenie, może zostać wskazane jedynie datą początkową lub np. od stycznia 2021 r.)* oraz o doręczenie ww. dokumentacji na adres ………………………………………………………………………………… *(adres do korespondencji)*.

*Miejscowość, data i podpis*

*………………………………………………………………………………*

*\* istnieje możliwość wskazania konkretnego oddziału/przychodni z którego chcielibyśmy otrzymać dokumentację medyczną (np. z leczenia na oddziale ortopedycznym)*