**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1) **Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta:**

Imię i Nazwisko………………………………………………………………………………………………..………….….

Adres zamieszkania………………………………………………………….……………………………….………….…

PESEL/data urodzenia……………………………………………………………………………..………………………

Numer telefonu kontaktowego………………………………………………………………..…………...…………

2) **Rodzaj dokumentacji medycznej:**

Nazwa poradni…………………………………………………………………………………………….…………………

Podać datę z jakiego okresu…………………………………………………………………..………………………

3) **Wnioskodawca** (*wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie*

 *dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta)*

Imię i Nazwisko……………………………………………………….………………………………………………..…….

Adres zamieszkania………………………………………………….………………………………………..……………

PESEL……………………………………………………………….………………………………………………………………

4) **Forma** **udostępnienia dokumentacji medycznej** (*zaznaczyć krzyżykiem wybraną opcję*):

□ Kopia

□ Odpis

□ Wyciąg

□ Za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Proszę podać:

* Mail, na który zostanie przesłana zakodowana dokumentacja

………………………………………………………………………………………………………………………….

* Telefon, na który zostanie wysłane hasło do zakodowanego pliku.

……………………………………………………………………………………..…………………………………..

5) Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej i zobowiązuję się pokrycia kosztów jej wykonania \*

Data złożenia wniosku……………………………………. Podpis ………………………………………..……………..

\*Pierwsza kopia dokumentacji medycznej udostępniona jest bezpłatnie (art. 13 ust. 3 RODO)

**POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KOPII /ODPISU/WYCIĄGU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i Nazwisko…………………………………………………………………………………………………..………………...

PESEL/data urodzenia…………………………………………………………………………….………………………..……

Adres…………………………………………………………………………………………………………….………………………

Data otrzymania ……………………………………..…… Podpis…………………….…………………………………….