

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o: **wydanie kopii dokumentacji medycznej***Na podstawie ustawy z dnia 21 lutego 2019r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zmieniającej m.in. zapisy ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017r. poz.1318, z późn. zm.68)) w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej oraz pobieraniu opłat za jej udostępnianie* **wydanie kopii dokumentacji medycznej** **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**

Rodzaj dokumentacji medycznej:

• nazwa oddziału / poradni / pracowni:

• okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

 odbiorę osobiście proszę wysłać na adres: odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko:

– numer dowodu osobistego:

.....
miejsowość, data.....
podpis wnioskodawcy**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

 wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: odebrana osobiście przez pacjenta, odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:

o upoważnienie w dokumentacji medycznej,

o upoważnienie w niniejszym wniosku,

o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację