**Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej**

|  |
| --- |
| ………………………………….Imię i nazwisko …………………………………PESELDo:………………………………………..………………………………………..**Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej**Ja niżej podpisana/y niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w formie: – kserokopii, – do wglądu, – odpisu, – kopii na elektronicznym nośniku danych – przesłanego skanu na adres mailowy …………………\*w całości / w części od …………… do ……………\*niepotrzebne skreślićDokumentację medyczną: – odbiorę osobiście.Zapoznałam(-em) się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej i przed jej odebraniem lub przesłaniem ureguluję koszty związane z jej udostępnieniem.……………………………………………data i miejscowość, podpis pacjentaJednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez ……………………… w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.……………………………………………data i miejscowość, podpis pacjentaAdnotacje …………………………………… pieczątka jednostkiDokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia ……………Sporządzono:Odpis dokumentacji medycznej: stron ……… koszt: ………Kserokopię dokumentacji medycznej: stron ……… koszt: ………Na elektronicznym nośniku danych: ……… sztuk: ……… koszt: ……… Przesłano na maila: …………… stron: …………… koszt: ……………Zapłata: …………… data ……………Odebrano dokumentację medyczną dnia: …………………………………………………………data i miejscowość, podpis pacjenta……………………………………………podpis pracownika sporządzającego…………………………………………..Odebrałem dokumentację medyczną osobiście w dniu …………………………… |