**Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej**

|  |
| --- |
| ………………………………….  Imię i nazwisko  …………………………………  PESEL  Do:  ………………………………………..  ………………………………………..  **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 skreślić  Dokumentację 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 pacjenta  Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez ……………………… w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.  …………………………………………… data i miejscowość, podpis pacjenta  Adnotacje ……………………………………  pieczątka jednostki  Dokumentację 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 …………………………… |