Załącznik Nr 7.4., wersji 05/2023 do Pm/DO/1/2006; obowiązuje od 03.03.2023 r.

WNIOSEK o UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

1. DANE PACJENTA **PESEL / lub data urodzenia/**

IMIĘ I NAZWISKO (czytelnie): .....

Numer telefonu: .....

Adres do korespondencji: .....

..... **Adres e-mail:** .....

2. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia:

w Oddziale .....

.....od-do.....

w Poradni .....

.....od- do.....

Inne /wymienić/.....

.....od-do.....

3. Forma udostępnienia w/w dokumentacji medycznej(zaznaczyć x we właściwym miejscu)

☐ **kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem**

☐ **wyciąg/ odpis dokumentacji medycznej**

☐ **wgląd do dokumentacji medycznej**

☐ **inne**

4. Sposób odbioru dokumentacji medycznej (zaznaczyć x we właściwym miejscu):

☐ **odbiór osobisty przez wnioskodawcę**

☐ **odbiór przez osobę upoważnioną przez pacjenta**

.....

Imię i nazwisko, PESEL osoby upoważnionej/ lub data urodzenia

☐ **przesyłka pocztowa na adres:**.....

.....

kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art.26 - 28 Ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Z 2022 r.,poz.1876) oraz, że pokryję koszt wykonania kolejnej kopii dokumentacji medycznej, a także koszt ewentualnej przesyłki pocztowej.

....

data i podpis pracownika **data i czytelny podpis pacjenta/ osoby upoważnionej**

WNIOSEK o UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie:

.....

rodzaj dokumentu ze zdjęciem

Dokumentację medyczną udostępniono mi zgodnie ze złożonym wnioskiem

.....	.....
data i czytelny podpis pracownika	**data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację**