**WNIOSEK PACJENTA O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

|  |
| --- |
| ………………….………………………….Imię i nazwisko …………………….……………….………PESEL **Do:** **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej** **Przychodnia Zdrowia w Słomnikach****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 **(właściwe zaznaczyć)**: odbiorę osobiście, proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:………………………………………………………………………………………………………………………………..**Do odbioru mojej dokumentacji medycznej****- upoważniam**……………………………………………………………………………………………………………….. **Imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości**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 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zdrowia w Słomnikach w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.……………………………………………**data i miejscowość, podpis pacjenta**Adnotacje **pieczątka SPZOZ Przychodnia Zdrowia w Słomnikach****Dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia** ……………………….…………… |
| **Sporządzono:****Odpis dokumentacji medycznej:** | **stron:** **…………………..……** | **koszt:** **……………….………** |
| **Sporządzono:****Kserokopię dokumentacji medycznej:** | **stron:** **…………………...……** | **koszt:** **………………..…………** |
| **Sporządzono:****Na elektronicznym nośniku danych: ………………………….…****nazwa nośnika** | **sztuk:****………………………**  | **koszt:** **……………………..……** |
| **Sporządzono:****Przesłano na maila: ……………….……….……****adres poczty** | **stron:** **……………..….……** | **koszt:** **………………………** |
| **Sporządzono:****Przesłano pocztą: ……………….……….……****adres odbiorcy** | **stron:** **……………..….……** | **koszt:** **………………………** |
| **Zapłata: …………………… data ……………….………\*****Odebrano dokumentację medyczną osobiście dnia: ………………..……..……**………………….………………………………………**data i miejscowość, podpis pacjenta****Dokumentację wydano osobie upoważnionej dnia:………………………………**………………….………………………………………**data i miejscowość, podpis upoważnionego**……………………………………..……………………**podpis pracownika sporządzającego** |

\* **Uwaga! Pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej jest bezpłatne. Opłat nie pobiera się także w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. W takich przypadkach wniosek nie powinien zawierać treści dotyczących opłat.**