**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.**