**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………….…………………………………………

PESEL: …………………………………………………………….………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: …………………………………………….…………………………………………………………………………….

Numer telefonu kontaktowego: ………………………………………….………………………………………........................

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: ………………………………………………….………………………………………………………………………………

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Wnioskuję o:**

* **wydanie kopii dokumentacji medycznej/elektronicznych zapisów**
* **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**

**Cel wydania dokumentacji**…………………………………………………………………………………………………………………

Rodzaj dokumentacji medycznej:

* + nazwa oddziału / poradni / pracowni: ……………………………………………...…………………….......................
	+ okres leczenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Wnioskowaną dokumentację:

* odbiorę osobiście
* proszę wysłać na adres: ……………………………………….………………..………………………………………………
* e-mail……………………………………………………………………………………………………………………………………..
* odbierze osoba upoważniona:
	+ imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………….
	+ numer dowodu osobistego: ………………………………………………………………………………………..

*Udostępnianie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki zgodnie z § 70 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2024 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, nie później jednak niż w terminie 14 dni roboczych.*

*Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami .*

…………………...................... ……..……………………………..

 miejscowość, data podpis wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

* wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: …………………………………………………………
* wysłana na e-mail
* odebrana osobiście przez pacjenta,
* odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
	+ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
	+ upoważnienie w niniejszym wniosku,
	+ odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: …………………………………………………………

…………………………………………………………..

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

…………………………………………………………..

data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

*(rodzaj i numer dokumentu)*

……………………………………………………………………………………………….………………………..

…………………………………………………………..

data i podpis pracownika wydającego dokumentację