**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Gostyń, dnia…………………………..….

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

Adres zamieszkania…………………………………………………………Nr dowodu osobistego …………………………...………….

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

⬚ Wydanie kserokopii, wyciągu, odpisu/właściwe podkreślić/

⬚ Udostępnienie do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

⬚ Wydanie wyników badania – diagnostyka obrazowa/RTG, CT/właściwe podkreślić/

- płyta CD z wynikami RTG

- płyta CD z wynikiem badania CT

- klisza RTG

|  |
| --- |
| Proszę wypełnić tylko wówczas , gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.  Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek  Imię i nazwisko ………………………………………………………………...Pesel…………………………………………………………………….  Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

⬚ Wniosek składa pacjent, którego dotyczy dokumentacja,

⬚ Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta, którego dotyczy dokumentacja,

⬚ Wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta, którego dotyczy dokumentacja,

⬚ Wniosek składa osoba bliska zmarłego pacjenta, którego dotyczy dokumentacja.

Dokumentacja dotyczy leczenia:

- Szpital, nazwa oddziału……………………………………………………………....w okresie………………………………………….………..

- Izba przyjęć……………………………………………………………………………..... w okresie…………………….…………………………….

- POZ NiŚ ………………………………………………………………………………..…... w okresie……………………….………………………….

- Poradnia ………………………………………………………………………………..…..w okresie ………………………………….………………

- Badania ambulatoryjne / RTG lub CT/ wykonane……………..…………. w okresie………………………….……………………….

- Zespół Ratownictwa Medycznego……………………………………….………..w okresie………………………….……………………….

Sposób odbioru dokumentacji: odbiór osobisty, przesłanie za zaliczeniem pocztowym na adres wnioskodawcy, pocztą mailową/właściwe podkreślić.

⬚ Zapoznałem/zapoznałam się z informacją o administratorze moich danych osobowych i prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych osobowych.

**Potwierdzenie przyjęcia wniosku ……………………………………………………………**

data i podpis wnioskodawcy

…………………………………………………………………..

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

**Potwierdzenie wydania dokumentacji Potwierdzenie odbioru dokumentacji**

**…………………………………………………………………. ………………………………………………………………….**

Data i podpis osoby wydającej dok. med. Data i podpis wnioskodawcy