



## WNIOSEK

### o udostępnienie dokumentacji medycznej

#### DANE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO .....IMIĘ .....

PESEL ..... TELEFON KONTAKTOWY.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

DANE PACJENTA ( jeśli dokumentacja nie dotyczy wnioskodawcy)

NAZWISKO ..... IMIĘ .....

PESEL ..... TELEFON KONTAKTOWY.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

**Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:**

sporządzenia całości kserokopii dokumentacji  wyników badań w niej zawartych

części (za jaki okres lub czego dotyczy).....

odpisu/wyciągu

wglądu do dokumentacji w siedzibie Przychodni

Dokumentację, o którą wnioskuję odbiorę:

osobiście

odbierze upoważniona osoba w dokumentacji medycznej

odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie dołączam do wniosku

Zostałam/em poinformowana/y o wysokości opłat z tytułu wydania kopii/odpisu/wyciągu dokumentacji medycznej\*

Data i czytelny podpis wnioskodawcy .....

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek .....

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem

.....

(data i podpis Pacjenta lub osoby upoważnionej, której tożsamość zweryfikowano) (data i podpis pracownika)

• Podstawa prawna : Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

• Podstawa prawna: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO )