**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko pacjenta:** |  |
| **nr PESEL/data urodzenia pacjenta:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imiona i nazwisko osoby upoważnionej lub opiekuna\*: |  |
| nr PESEL/data urodzenia osoby upoważnionej lub opiekuna\*: |  |

\*w przypadku, gdy osobą składającą oświadczenie jest osoba inna niż pacjent (osoba upoważniona lub opiekun):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nośnik | wersja papierowa |  | wersja elektroniczna (e-mail) |  |
| Zakres dokumentacji | całość |  | wybrany zakres\*\* |  |

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

\*\*należy podać dodatkowe informacje co do formy oraz zakresu, np. daty, wybranych specjalistów, wybranych placówek DCP

**Sposób odbioru dokumentacji medycznej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| osobiście w placówce DCP |  | |
| mailowo na adres poczty elektronicznej  (proszę wskazać adres e-mail) |  | |
| poprzez osobę upoważnioną wskazaną w dokumentacji medycznej |  | |
| poprzez osobę upoważnioną, inną niż wskazaną w dokumentacji | Imię i nazwisko |  |
| nr PESEL/data urodzenia |  |

Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e-mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej (zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu: ................................ ). Zostałem/am także poinformowany/a, że z uwagi na zakres dokumentacji (rozmiar pliku), jej przesłanie drogą e-mail może nie być możliwe i zostanie mi ona wówczas przekazana w formie wydruku, o czym zostanę poinformowany na wskazany przeze mnie powyżej numer telefonu.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o kosztach udostępnienia dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty wskazanej przez pracownika DCP przed udostępnieniem dokumentacji.

**Oświadczam, że o daną dokumentację medyczną wnioskuję:**

|  |  |
| --- | --- |
| po raz pierwszy |  |
| kolejny raz |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………………………………… | ………………………………………………………………………………………… |
| Data, miejscowość i podpis osoby przyjmującej wniosek | Data, miejscowość i podpis osoby składającej wniosek |

**Potwierdzam odbiór dokumentacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość, data |  |
| czytelny podpis Pacjenta lub osoby upoważnionej przez Pacjenta |  |