Załącznik nr 2 do Instrukcji udostępniania

dokumentacji medycznej pacjenta w SPZOL

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

**KROK 1** ( wypełnia Wnioskodawca)

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

Adres Zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon………………………………………………… e-mail…………………………………………….

**Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji:**

**⃝** wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy  **⃝** wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

**⃝** wnioskodawca został upoważniony przez pacjenta  **⃝** wniosek składa osoba bliska ( zgodnie z art.26 pkt .2 u.p.p)

***Proszę wypełnić w przypadku, kiedy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja:***

DANE PACJENTA , KTÓREGO DOTYCZY :

Imię i Nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………………..PESEL…………………………………….

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

**TERMIN**( okres, za który ma być przygotowana dokumentacja)……………………………………………………………………..

**ZAKRES DOKUMENTACJI medycznej:**

**⃝** historia choroby   **⃝** karta informacyjna  **⃝** dokumentacja pielęgnacyjna

**⃝** wyniki badań ( proszę wymienić)……………………………………………………………………………………………..

**Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:**

**⃝** do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego  **⃝** wydanie kserokopii  **⃝** wydanie wyciągu

⃝ wydanie odpisu  **⃝** inne…………………………………………………………………………………………………………………………..

Sposób odbioru dokumentacji:

**⃝** odbiorę osobiście  **⃝** przez osobę upoważnioną  **⃝** przesłać na deklarowany adres

**⃝** inny………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczam , że zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii/odpisu wnioskowanej dokumentacji i koszty przesyłki wg. stawek operatora pocztowego

***Opłaty za udostepnienie dokumentacji medycznej nie pobiera się w sytuacji, w której udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi bądź jego przedstawicielowi ustawowemu we wskazanym zakresie i formie następuje po raz pierwszy ( art. 28 ustawy o prawach pacjentów i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 15 RODO).***

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych w myśl art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób (…) w kategoriach zawartych w powyższym wniosku w celu skontaktowania się i określenia postępowania z przygotowaną dokumentacją medyczną.

⃝ właściwe zaznaczyć krzyżykiem /ptaszkiem w kółku

……………………………………………………………

Data i podpis Wnioskodawcy

**Krok 2** ( wypełnia pracownik SPZOL)

1. Na podstawie niniejszego wniosku sporządzono……………………………….stron kserokopii٭/wyciągu٭/odpisu٭ dokumentacji medycznej/
2. Udostepnienie dokumentacji we wskazanym zakresie i formie następuje po raz pierwszy :

⃝ TAK ⃝ NIE ⃝ NIE DOTYCZY

1. **Data wydania dokumentu**………………………..
2. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację stwierdzono na podstawie :

⃝ dowód osobisty ⃝ paszport ⃝ inny………………………………………………

1. Wysłano listem poleconym za potwierdzeniem odbioru nr nadawczy ……………………………………..dnia ………………………………..

٭ niepotrzebne skreślić

…………………………………………………………..

Data i podpis osoby wydającej

**Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej**

……………………………………………………………………….

Data podpis Wnioskodawcy