Warszawa, dnia …………………………………

##### WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nazwisko i imię Pacjenta, którego dotyczy dokumentacja ………………………………………………………………..

Nr PESEL:……………………………………… Nr telefonu:………………………………………………………………..

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

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej sporządzonej w okresie od ……….…...….. do…………....…. /

całej dokumentacji \* celem: (np. kontynuowanie leczenia w innej przychodni lub u innego lekarza, do ZUS itd.) - (wskazanie celu jest nieobowiązkowe i dobrowolne) …………………………………………………………………....……

*poprzez sporządzenie:*

**⬜** - kopii historii choroby;

**⬜** - odpisu lub wypisu z historii choroby.

Sporządzoną kopię dokumentacji medycznej:

  **⬜** - odbiorę w rejestracji osobiście

  **⬜** - proszę wysłać pocztą elektroniczną na adres e-mail: ..........................................................……………………………….……….......

  **⬜** - upoważniam do odbioru Pana/Panią: ……….…………………...……………..……………………………….……………………………

  **⬜** - proszę wysłać listem poleconym na adres: ……….……………..……………..……………………………………………………………

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

 **⬜** - zobowiązuję się do uregulowania należności za udostępnienie wskazanej przeze mnie dokumentacji medycznej, (po raz pierwszy dokumentacja udostępnia się bezpłatnie), zgodnie z obowiązującym cennikiem bezpośrednio w rejestracji, a w przypadku organów i podmiotów uprawnionych, przelewem na konto na podstawie wystawionej faktury.

 **⬜** - *do wglądu w siedzibie Przychodni (bezpłatnie), w uzgodnionym terminie* ………………..………..…….…………………………………

Czytelny podpis wnioskującego ...………………….………..……………………….……………………………….………………………..………..

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej otrzymałem dnia …………………..…………………..……….…… (data, podpis i pieczątka lekarza)

Opłatę w wysokości ............................... PLN przyjęłam i dokumentację wydałam ………………..……………………………………..……..…

(data, podpis pracownika)

Dokumentację odebrałem/-am, opłatę uiściłem/-am \* ……………………………..….………………………………………………….……………

 (data, podpis wnioskującego)

*Podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r., poz. 417 z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.*