



Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer dowodu lub PESEL

.....

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
/POTWIERDZENIE ODBIORU INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany/a

zwracam się z prośbą o sporządzenie wyciągu / sporządzenie odpisu / sporządzenie kopii* mojej dokumentacji medycznej.

1. Dokumentacja dotycząca leczenia / rodzaj dokumentacji:

.....

2. Za okres: od do

3. Cel wydania

Do odbioru mojej dokumentacji medycznej upoważniam:

Imię i nazwisko

PESEL lub numer D.O.

Telefon kontaktowy
(dobrowolnie)

Imię i nazwisko

PESEL lub NUMER D.O.

Telefon kontaktowy
(dobrowolnie)

Data i podpis pacjenta

Potwierdzam odbiór wyciągu/odpisu/kopii* dokumentacji medycznej w dniu

.....

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej

.....

Podpis pracownika

.....

(*Uwaga – niepotrzebne skreślić)

Podstawa prawna: Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności § 8. 1. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem 1. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

W przypadku nieodebrania przedmiotowej kserokopii dokumentacji medycznej zostanie ona **zniszczona** zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, na Pana/Pani koszt.

Równocześnie zwracamy się z uprzejmą prośbą o uregulowanie należności z tytułu wykonania kserokopii dokumentacji medycznej, zgodnie z załączoną fakturą VAT.

.....

Data i podpis