 Konopiska, dn. ……………………………………

**Do Dyrektora**

**SP ZOZ GOZ w Konopiskach**

**Wniosek**

**o udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. Wnioskodawca:

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

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………

PESEL……………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu kontaktowego……………………………………………………………………………………………………

Adres e-mail ………………………………………………………………………………………………………………………..

\*adres ten podajemy jeżeli wnioskujemy o przesłanie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

1. Dokumentacja medyczna dotyczy osoby:

**\*** wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca występuje o udostępnienie dokumentacji z upoważnienia pacjenta lub jako przedstawiciel ustawowy

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

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………

PESEL…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Dokumentacja dotyczy leczenia (podać nazwę komórki organizacyjnej , oraz okres za jaki dokumentacja medyczna ma być wydana : od dnia – do dnia)

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

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

1. Rodzaj dokumentacji medycznej ( np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań- inna)

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

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

1. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w następującej formie:

**\*** właściwe podkreślić

- wgląd do dokumentacji medycznej

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

- wydanie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych

- udostępnienie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ GOZ w Konopiskach.

…………………………………………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że żądając wydania dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej zostałam(em) poinformowany(a) o zagrożeniach przesyłania danych drogą elektroniczną, oraz biorę pełną odpowiedzialność za obieg i bezpieczeństwo udostępnionych danych w sieci.

-

…………………………………………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Wydanie dokumentacji medycznej**

Data wydania dokumentacji………………………………………………….

Pobrano opłatę w wysokości …………………………………………………….paragon z dnia…………………………………

Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację……………………………………………………………………………..

Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację………………………………………………………………………