………………………………….………………..

(data, miejsce)

**Dane Wnioskodawcy**

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

(imię, nazwisko)

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

(adres miejsca zamieszkania)

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

(telefon*)*

OŚRODEK MEDYCYNY PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ EL ZEIN SP. JAWNA

Będkowo 1, 55-100 Trzebnica

Na podstawie art. 28 ust. 2a Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 150 z późn. zm) **wnoszę o:**

* **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**
* **wydanie kopii / oryginału1 dokumentacji medycznej**

Podstawa prawna wniosku\*…………………………………………………………………………………………………………………………

\* Dotyczy sytuacji, gdy wniosek składa ORGAN lub PODMIOT INNY NIŻ OSOBY FIZYCZNE

**Pacjent, którego dokumentacja dotyczy:**

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

PESEL: …………………………………………………………………………………

**Rodzaj dokumentacji medycznej:**

* dotyczy opieki na oddziale / w opiece domowej/ w poradni, gdzie udzielono świadczenia medycznego: …………………………………...……………………...................................................................
* okres leczenia od ……………………………………….. do…………………………………………………………

**Wnioskowaną dokumentację:**

* odbiorę osobiście
* proszę wysłać na adres poczty elektronicznej: …………….….…………………………………………………………….
* proszę przesłać w formie papierowej na wskazany poniżej adres listem poleconym:

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

* odbierze osoba upoważniona:
	+ imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………
	+ numer dowodu osobistego/PESEL: …………………………………………………………………………….

*Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami 2.*

Własnoręczny i czytelny podpis Wnioskodawcy: ……………………………………………………….....................

 (imię i nazwisko)

POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu3: ………………………………………………….……….…

Data i czytelny podpis pracownika: …………………………….……..……………………………….……………..

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

* wysłana pocztą na wskazany adres w dn. ……………..……… nr przesyłki…..............................
* wysłana mailowo w dn. ……….…….……… z adresu mailowego ……………………………………………
* odebrana osobiście przez pacjenta,
* odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
	+ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
	+ upoważnienie w niniejszym wniosku,
	+ odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości 2: …………………………………………………………

……………………..…………………………………………………………..

data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

………………………………………………………………………………………..

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

 Zaznaczyć właściwe

2 Naliczenia i pobierania opłat nie stosuje się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie

3 Dokumentacja może być wydana/udostępniona najpóźniej w terminie miesiąca od dnia złożenia żądania