



**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

I CZĘŚĆ:

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego: e-mail:

2. Treść żądania wniosku:

Na podstawie art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Spółki Elstim Sp. z o.o. z siedzibą w Chorzowie:

.....
.....
.....
.....

(Określić rodzaj dokumentacji oraz zakres)

3. Oświadczam, że niniejszym wnioskuje o wydanie mi:

- a. pierwszej kopii/odpisu/wyciągu wskazanej dokumentacji,
 kolejnej kopii/odpisu/wyciągu wskazanych dokumentacji.¹

W przypadku wnioskowania o wydanie kolejnej kopii/odpisów/wyciągów dokumentacji medycznej:

Wnioskodawca oświadcza, iż zobowiązuje się do poniesienia kosztów administracyjnych wydania kopii danych osobowych, zgodnie z cennikiem obowiązującym w zakładzie leczniczym Elstim Sp. z o.o.

- b. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu;
c. Umożliwienie wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

4. **Kopię przetwarzanych danych osobowych:

- odbiorę osobiście
 proszę wysłać pocztą tradycyjną na adres:
 proszę wysłać pocztą elektroniczną na e-mail wskazany we wniosku,
 odbierze osoba upoważniona: imię i nazwisko:PESEL:

.....
podpis wnioskodawcy

¹ W przypadku wnioskowania o wydanie kolejnych kopii/odpisów/wyciągów tej samej dokumentacji Spółka ma prawo do pobrania opłaty wynikającej z art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

II CZĘŚĆ - POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki - kopii/odpisu/wyciągu/oryginału dokumentacji:

.....
Podpis pracownika

III CZĘŚĆ:**POTWIERDZENIE WYDANIA KOPII/ODPISU/WYCIĄGU/ORYGINAŁU DANYCH OSOBOWYCH:**

- wysłano pocztą tradycyjną na wskazany adres w dniu:
 - odebrano osobiście przez Wnioskodawcę,
 - odebrana przez osobę upoważnioną przez Wnioskodawcę:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).
1. Naliczono opłaty w wysokości: ; ²
2. Pobrano opłatę w wysokości :

.....
data i podpis pracownika wydającego

IV CZĘŚĆ:**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej kopii/odpisu/wyciągu/oryginału dokumentacji medycznej.

.....
data i podpis osoby odbierającej

V CZĘŚĆ:Tożsamość Wnioskodawcy/Osoby upoważnionej do odebrania kopii/wyciągu/odpisu/oryginału stwierdzono na podstawie:
(numer oraz seria dowodu osobistego).....
Legitymujący się numerem PESEL:.....
data i podpis pracownika wydającego

² Dotyczy wydania kolejnych kopii/odpisów/wyciągów dokumentacji wnioskowanej w tym samym zakresie