NEUCA MED	**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**	Numer:

_____

Miejsce na pieczątkę z dnia……

Dane osoby wnioskującej o wydanie kopii dokumentacji medycznej:
Imię i nazwisko: …….
Adres zamieszkania:……..
Numer telefonu:……..
PESEL:……..
(w przypadku braku nr PESEL, rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Status osoby wnioskującej wobec pacjenta: np. pokrewieństwo: wskazać jakie, powinowactwo wskazać jakie, inne itp. ……..
(w przypadku wnioskowania o dokumentację innej osoby niż sam pacjent)

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:
(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)……
(imię i nazwisko, PESEL / w przypadku braku nr PESEL rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

w zakresie:…….

w okresie od …….. do ……..

oraz

Upoważniam/nie upoważniam nikogo *):
……..
(imię i nazwisko, PESEL / w przypadku braku nr PESEL rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

do odbioru w/w dokumentacji.

…….. ……..
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek) (data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

……..
(Data i czytelny podpis osoby sporządzającej kopię dokumentacji medycznej)

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
Ja niżej podpisany(-a) potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej.

…… ……..
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację) (data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

…….. Sp. z o.o. z siedzibą ……. jako administrator danych informuje, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z udzieleniem świadczenia medycznego. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i wynika z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i aktów wykonawczych.