



Miejsko-Gminna Przychodnia w Świeciu

Świecie, dn.

Nr sprawy:

**Do Dyrektora
Miejsko-Gminnej Przychodni w Świeciu**

**Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Nr telefonu kontaktowego

adres e-mail

* adres e-mail podajemy jeżeli wnioskujemy o przesłanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

2. Dokumentacja medyczna dotyczy osoby:

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

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

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

4. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w następującej formie:

* właściwe zaznaczyć

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie kopii dokumentacji medycznej z poświadczeniem za zgodność z oryginałem
- sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej
- sporządzenie odpisu z dokumentacji medycznej
- wydanie dokumentacji medycznej w formie skanu 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 Miejsko-Gminnej Przychodni w Świeciu.

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że żądając wydania dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej zostałem(am) 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 medycznej

Pobrano opłatę w wysokości, paragon z dnia

Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację