**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

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

PESEL: …………………………………………………………….…………………………………………………………..…

Numer telefonu kontaktowego: ………………………………………….………………………………………...

**Osoba zgłaszająca wniosek jest:** (*proszę zaznaczyć właściwe*)

* Pacjentem
* Osobą upoważnioną przez Pacjenta
* Przedstawicielem ustawowym Pacjenta

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

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

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………..………

**Zakres wnioskowanej dokumentacji**

Dotyczy (*proszę zaznaczyć właściwe*)

* leczenia w okresie. ..............................................................................
* całości dokumentacji medycznej
* wskazanych rodzajów dokumentów ........................................................................................................................................  
  .........................................................................................................................................

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

**Sposób udostępnienia dokumentacji.**

**Wnioskuję o:** ( *proszę zaznaczyć właściwe*)

* udostępnienie dokumentacji medycznej do wgląduw siedzibie poradni;
* sporządzenie kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem”;
* sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres;
* Inne:

**Wnioskowaną dokumentację**: ( *proszę zaznaczyć właściwe*)

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

*(należy wskazać środek komunikacji elektronicznej, np. e-mail, skrzynka ePUAP)*

* odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………….

numer dowodu osobistego: …………………………………………………………………….

**Oświadczenia i zgoda:**

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami, o ile będzie zachodzić obowiązek jej poniesienia.

……………………………………………………

podpis wnioskodawcy   
  
Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i oświadczam, że zostałem/-łam poinformowany/-a o tym, że moje dane osobowe/dane osobowe osoby, której jestem prawnym przedstawicielem\* przetwarzane są przez Fundację SYNAPSIS z siedzibą   
w Warszawie przy ul. Ondraszka 3 będącą Administratorem danych osobowych   
(kontakt: fundacja@synapsis.org.pl) w celu rozpatrzenia wniosku o udostępnienie przez Fundację SYNAPSIS dokumentacji medycznej. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO; w związku z obowiązującymi przepisami, ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

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

miejscowość, data podpis wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: …………………………………………………

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: ………………………………………

Podpis pracownika: ………………………………..

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

* wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: …………………………………..
* wysłana drogą elektroniczną na podany adres w dniu …………………..
* 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: …………………………………………………………

…………………………………………………………..

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

…………………………………………………………..

data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

*(rodzaj i numer dokumentu)*

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

…………………………………………………………..

data i podpis pracownika wydającego dokumentację