**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: wpisz imię i nazwisko

PESEL: wpisz numer PESEL

Numer telefonu kontaktowego: wpisz numer telefonu

**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: wpisz imię i nazwisko

PESEL: wpisz numer PESEL

**Zakres wnioskowanej dokumentacji:**

Dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe)

leczenia w okresie: od wprowadź datę do wprowadź datę

całości dokumentacji medycznej

wskazanych rodzajów dokumentów wpisz rodzaj dokumentów

**Sposób udostępnienia dokumentacji.**

Wnioskuję o: (proszę zaznaczyć właściwe)

udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie poradni

sporządzenie kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem”

sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres

inne: wpisz jakie?

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

odbiorę osobiście

proszę wysłać listem poleconym na adres: wpisz adres pocztowy

proszę przesłać w formie elektronicznej na adres: wpisz adres e-mail, skrzynkę ePUAP

odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko: wpisz imię i nazwisko

numer dowodu osobistego: wpisz numer dowodu osobistego

**Oświadczenia i zgoda:**

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

Podpis wnioskodawcy: podpis

Przyjmuję do wiadomości treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wybierz z listy przez Fundację SYNAPSIS z siedzibą przy ulicy Ondraszka 3, 02-085 Warszawa, 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 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Miejscowość: wpisz miejscowość

Data: wprowadź datę

Podpis wnioskodawcy: podpis

**Potwierdzenie wpływu:**

Data: wprowadź datę

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: wprowadź datę

Podpis pracownika: podpis

**Potwierdzenie wydania dokumentacji**

Dokumentacja:

wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: wprowadź datę

wysłana drogą elektroniczną na podany adres w dniu: wprowadź datę

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: wpisz kwotę opłaty

Data: wprowadź datę

Podpis pracownika wydającego dokumentację: podpis

**Potwierdzenie odbioru:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

Data: wprowadź datę

Podpis osoby odbierającej dokumentację: podpis

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie: wpisz rodzaj i numer dokumentu

Data: wprowadź datę

Podpis pracownika wydającego dokumentację: podpis