**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: od ………………………………. do ………………………………

[ ]  całości dokumentacji medycznej

[ ]  wskazanych rodzajów 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: …………………………………………………………………………………………

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

[ ]  odbiorę osobiście

[ ]  proszę wysłać listem poleconym na adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

[ ]  proszę przesłać w formie elektronicznej na adres: …………………………………..

[ ]  odbierze osoba upoważniona:

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

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: ……………………………………………………………………

Przyjmuję do wiadomości treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich ……………………….… i mojego dziecka …………………………………………… 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: ………………………………………………………………………………….

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: ……………………………………………………………………………………………

Podpis pracownika wydającego dokumentację: …………………………………………..

**Potwierdzenie odbioru:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

Data: ……………………………………………………………………………………………

Podpis osoby odbierającej dokumentację: ………………………………………………...

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie: ………………….………..

Data: …………………………………………………………………………………………..

Podpis pracownika wydającego dokumentację: ………………………………………….