**Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej**

1. **Wnioskujący** *(proszę zaznaczyć właściwe)*

□ Pacjent □ Przedstawiciel ustawowy (opiekun) □ Osoba upoważniona przez pacjenta

Imię i nazwisko wnioskującego ……………………………………………………………………………… PESEL ………………………………………………………

1. **Osoba, której dokumentacja dotyczy**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………… PESEL ………………………………………………………

1. **Zakres żądanych informacji**

Poradnia ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Okres: od ……………………………………………………………..do……………………………………………………………….

**4. Forma udostępnienia** *(proszę zaznaczyć właściwe)*

□ kserokopia dokumentacji/wydruk z systemu informatycznego

□ udostępnienie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

*adres email, na który należy wysłać dokumentację medyczną:* **…………………………………………………………………………………………**

□ wydanie oryginału z zastrzeżeniem zwrotu (tylko w uzasadnionych prawnie przypadkach)

□ inne: **….…………………………………………………………………………………………………………………………………**

**5. Cel wydania dokumentacji\***

*\***Pole nieobowiązkowe. Wskazanie celu jest obowiązkowe tylko w przypadku wniosku o wydanie oryginału dokumentacji.*

**…………………………..…………………………………………………***data i podpis wnioskującego*

**Potwierdzenie odbioru dokumentacji**

**UWAGA:** Osoba odbierająca dokumentację medyczną, nie będąca osobą , której dokumentacja dotyczy powinna być upoważniona do odbioru dokumentacji medycznej.

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………

PESEL ………………………………………………………………………………………

**…………………………..………………………………………………… …………………………..…………………………………………………***data i podpis wydającego data i podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną*