**Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej**

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko ………………………………….  PESEL: .............................  Do:  SP ZOZ Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej w Nowej Soli  **Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej**  Ja niżej podpisana/y niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w formie:  – kserokopii,  – do wglądu,  – odpisu \*  w całości / w części od …………… do ……………  \*niepotrzebne skreślić  Dokumentację medyczną: – odbiorę osobiście.  Zapoznałam(-em) się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej i przed jej odebraniem lub przesłaniem ureguluję koszty związane z jej udostępnieniem.  …………………………………………… data i miejscowość, podpis pacjenta  Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SP ZOZ Ośrodek Rehabilitacji leczniczej w Nowej Soli w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.  …………………………………………… data i miejscowość, podpis pacjenta  Adnotacje ……………………………………  pieczątka jednostki  Dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia ……………  Sporządzono:  Odpis dokumentacji medycznej: stron ……… koszt: ………  Kserokopię dokumentacji medycznej: stron ……… koszt: ………  Zapłata: …………… data ……………….  Odebrałem dokumentację medyczną osobiście w dniu ……………………………………..  …………………………………………… data i miejscowość, podpis pacjenta  …………………………………………… podpis pracownika sporządzającego |