**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 skreślićDokumentację 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 pacjentaJednocześnie 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 pacjentaAdnotacje …………………………………… pieczątka jednostkiDokumentację 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 |