............................................................. Koszalin, dnia ............................

(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

.............................................................

(Adres zamieszkania)

..............................................................

 (PESEL)

**Zakład Opieki Zdrowotnej Stan-Med sp. z o.o.**
ul. Staszica 8a; 75-449 Koszalin,

 NIP:6692536055, REGON: 367278099-00014,

tel. 94 3477461, kom. 602776267

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**1.** Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej sporządzonej

w …......….....................................................................................................................

w okresie od …...…........................................ do ….….................................................

**2**. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

 *(Wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa rodzic lub przedstawiciel ustawowy)*

Imię i nazwisko: ………………………………………………….……………………………

PESEL: ……………………… …………………..………………….……

**3.** Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji medycznej  *(zaznaczyć właściwe):*

 □ Wniosek składa pacjent

 □ Wniosek składa rodzic lub przedstawiciel ustawowy pacjenta

 □ Wnioskodawca posiada upoważnienie pacjenta

**4.** Dokumentację medyczną odbiorę *(właściwe podkreślić):*

 1. Osobiście

 2. Przez osobę upoważnioną:

….........................................................................................................................................

 *( Imię i nazwisko, PESEL)*

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej i przewidziany w art. 26, art. 27 i art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( Dz. U. z 2017 p.1318 tekst jednolity) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z cennikiem obowiązującym w **Zakład Opieki Zdrowotnej Stan-Med sp. z o.o. w Koszalinie.**

 **Akceptuję wniosek**

**…………………………………………………………………**

*data i czytelny podpis wnioskodawcy*

*………….……………...............................................*

*data i czytelny podpis pracownik rejestracji*

……………………………………………………….

 *Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:*

 *data czytelny podpis wnioskodawcy / osoby upoważnionej*

*……………………………………………………*

*data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację*

***Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej***

Dokumentacja: □ odebrana osobiście przez pacjenta

 □ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta

 □ wysłana pocztą na wskazany adres