



.....
Data i miejscowość

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/data urodzenia:

**w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna, niż pacjent (osoba upoważniona lub opiekun):*

Imiona i nazwisko:

PESEL/data urodzenia:.....

Forma dokumentacji: kopia

wyciąg/odpis/wydruk

Nośnik: wersja papierowa

wersja elektroniczna (e-mail)

Zakres dokumentacji: całość

wybrany zakres:

.....
.....
(należy podać dodatkowe informacje co do formy oraz zakresu, np. daty, wybranych specjalistów)

Sposób odbioru dokumentacji:

osobiście w ZPS PRIMA SP. Z O.O.:

mailowo na adres poczty elektronicznej:

Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e-mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej - zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu: Zostałem/am także poinformowany/a, że z uwagi na zakres dokumentacji (rozmiar pliku), jej przesłanie drogą e-mail może nie być możliwe i wymagany będzie odbiór osobisty, o czym zostaną poinformowany/a na wskazany przeze mnie powyżej numer telefonu.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

**wypełnić jeśli dotyczy, Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych
2. Ustawa o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu ich przechowywania z dnia 21 grudnia 2010 r. (Dz. U. Nr 252, poz. 1697, z późn. zm.)
4. Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654, z późn. zm.)