Załącznik nr 3

 Radziejów, dnia ……………………..

……………………………………..

 (imię i nazwisko )

………………………………….

………………………………….

 (adres zamieszkania)

………………………………….

 PESEL Do Dyrekcji

…………………………………. SP ZOZ w Radziejowie

 (telefon)

……………………………….

 (adres e-maila)

 **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

 Zwracam się z prośbą o wydanie mi /kopii \*/ wyciągu \*/ odpisu\*/dokumentacji medycznej /pełnej\*/częściowej \*/ uwierzytelnionej \*/ nieuwierzytelnionej \*/z wynikami badań\*/ /bez wyników badań\*/ pacjenta:

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

sporządzonej w tutejszym SP ZOZ w okresie:

…………………………………………………………………………………………………………...w Oddziale\*/Poradni\*/Przychodni\*/Pracowni\*:

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

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz. U. z 2019r. poz.1127,1128 z póż.zm.) 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.

\* niepotrzebne skreślić

 ……………………………...

 (podpis wnioskodawcy)

 **Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór kserokopii\*/ wyciągu\* /odpisu\*/dokumentacji medycznej w dniu

…………………………………

…………………………………. ………………………………

 (podpis pracownika SP ZOZ Radziejowie) (podpis odbierającego)

\* niepotrzebne skreślić