**Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej ze zgodą na przetwarzanie danych osobowych - zgodny z RODO**

|  |
| --- |
| Miejscowość, dnia…………………  ……………………………………….  (nazwa i adres placówki- pieczątka)  Imię i nazwisko pacjenta …………………………………………………………………….  Adres zamieszkania………………………………………………………………………  Pesel………………………………………..  **Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej**  Na podstawie art.26 ust.1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.:Dz.U.2020.0.849) proszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej.  Ja niżej podpisana/y niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w formie:  – kserokopii, skanu  – do wglądu,    w całości / w części od …………… do ……………  z poradni…………………………………………….  \*niepotrzebne skreślić  Dokumentację medyczną:  – odbiorę osobiście po powiadomieniu telefonicznym lub proszę o przesłanie dokumentacji drogą elektroniczną na adres:  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  / Upoważniam osobę …………………………………………………………………….. Pesel…………………………..  Do odbioru mojej dokumentacji medycznej.  \*niepotrzebne skreślić  Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udostępnienia mi/osobie upoważnionej dokumentacji medycznej.  Osoba upoważniona również wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu identyfikacji poprawności danych.  …………………………………………………………………………………………………………………………………  data i miejscowość, podpis pacjenta, podpis osoby upoważnionej |