**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 skreślićDokumentację medyczną: – odbiorę osobiście po powiadomieniu telefonicznym lub proszę o przesłanie dokumentacji drogą elektroniczną na adres:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………/ Upoważniam osobę …………………………………………………………………….. Pesel…………………………..Do odbioru mojej dokumentacji medycznej.\*niepotrzebne skreślićJednocześnie 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 |