****

 **WNIOSEK**

**O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA PIELĘGNIARSKIE**J

**OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ**

 1. Dane Pacjenta………….…………………………………………………….. (imię i nazwisko)

 2. (PESEL)………………………………………(tel. kontaktowy)………………………………….

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej prowadzonej z zakresu pielęgniarskiej opieki

domowej długoterminowej z okresu (wpisać rok i miesiąc)…………………………………………………..

**Forma udostępnienia w/w dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwym miejscu)** :

  **□** kserokopię dokumentacji medycznej bez potwierdzenia

 **□** kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem

 □ wgląd do dokumentacji medycznej na miejscu w siedzibie głównej Podmiotu

 Leczniczego STASIAK medical team II Elżbieta Stasiak w Lublinie ul. Jana Sawy 9 lokal 1

 □ inne

**Cel udostępnienia dokumentacji medycznej:** ……………………………………………………………..

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

 np. ubezpieczyciel, kontynuacja leczenia, inne

**Odbiór dokumentacji medycznej**  (zaznaczyć X we właściwym miejscu):

□ Odbiór osobisty przez wnioskodawcę □ Odbiór osobisty przez osobę upoważnioną przez pacjenta

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

 Imię i nazwisko, Pesel osoby upoważnionej

□ Przesyłka pocztowa za potwierdzeniem odbioru na adres:

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

………………………………………………………………………………………………………………….. kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania

**POUCZENIE**

**Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuje tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta**

**i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2023 r., poz. 1545 z późn. zm.). Koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony jest stosownie do zapisów w/w ustawy.**

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

 data i podpis pracownika przyjmującego wniosekdata i czytelny podpis wnioskodawcy (pacjenta/osoby upoważnionej)

**ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Tożsamość osoby odbierającej dokumentacje medyczną potwierdzono na podstawie:**

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

rodzaj dokumentu ze zdjęciem, seria i numer

**Dokumentację medyczną udostępniono mi zgodnie ze złożonym wnioskiem**

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

data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację