**Załącznik Nr 2**

**POMOCNICZY WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W CZP SENSUM**

1. **WNIOSKODAWCA\*:**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| PESEL: |
| Adres \*\*: |
| Adres e-mail \*\*\*: |

**Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej** (proszę zaznaczyć **X** we właściwej rubryce)

|  |
| --- |
| * do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego |
| * wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem |
| * wydanie wyciągu |
| * wydanie odpisu |
| * wydanie wydruku |
| * za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej |
| * na informatycznym nośniku danych - dostarczonym przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (płyta CD, DVD, pendrive lub przenośny dysk) |

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| PESEL: |
| Adres zamieszkania |

1. **TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI** (proszę zaznaczyć **X** we właściwej rubryce)

|  |
| --- |
| * wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy |
| * wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta / opiekun prawny *(niepotrzebne skreślić)* |
| * wnioskodawca posiada upoważnienie udzielone przez pacjenta |
| * inny – wskazać jaki: |

1. **DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA** (proszę podać nazwę poradni / oddziału oraz okres leczenia):

|  |
| --- |
| Poradnia / Oddział |
| W okresie |

1. **SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI** (proszę zaznaczyć **X** we właściwej rubryce)

|  |
| --- |
| * dokumentację odbiorę osobiście |
| * przez osobę upoważnioną |
| * inne – wskazać w jaki sposób: |

1. **OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że zapoznałem/-am się ze sposobem i trybem udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania.

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

(data i podpis osoby przyjmującej wniosek) (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

1. **POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU**

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej.

……………………………………………………………….

(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

**Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.**

…………………………………………………………………………

(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną)

**\* UWAGA!!! W przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba inna niż pacjent, którego dokumentacja jest udostępniana lub osoba inna niż wskazana przez pacjenta w dokumentacji medycznej, konieczne jest załączenie upoważnienia do udostępniania dokumentacji medycznej.**

\*\* wyłącznie w przypadku udostępniania dokumentacji drogą pocztową

\*\*\* wyłącznie w przypadku udostępniania dokumentacji za pośrednictwem poczty elektronicznej