**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**(Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku**

**Praw pacjenta)**

**1.Wnioskodawca (dane osoby, której dotyczy wniosek):**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………….……………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………

2. **Dane osoby składającej wniosek** (w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego lub osobę upoważnioną):

Imię i nazwisko….................................................................................................................................................

PESEL…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3. Rodzaj dokumentacji medycznej**

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

**4.Wnoszę o:**

□ umożliwienie wglądu do dokumentacji medycznej w siedzibie WOMP,

□ wydanie kopii za potwierdzeniem odbioru

□ wydanie w innej formie: wyciągu, odpisu, wydruku (właściwe podkreślić)

**5. Dokumentację:**

□ odbiorę osobiście w siedzibie WOMP w Gorzowie Wlkp

□ odbiorę przez osobę upoważnioną w siedzibie WOMP w Gorzowie Wlkp.

□ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres……………………………………………………………

□ proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru i adnotacją ,,do rąk własnych”, na adres

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

|  |
| --- |
|  Akceptacja Dyrektora WOMP w Gorzowie Wlkp. lub osoby upoważnionej |

 ………………………………………….. (data, czytelny podpis wnioskodawcy)