|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REJESTR**  **przypadków udostępnienia danych zawartych w dokumentacji medycznej**  **prowadzonej w PL: …………………………………………………………………………………………………………………** | | | | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko pacjenta** | **Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej[[1]](#footnote-1)** | **Zakres udostępnienia dokumentacji medycznej [[2]](#footnote-2)** | **Imię i nazwisko osoby innej, niż pacjent, której udostępniono dokumentację medyczną,**  **LUB**  **nazwa organu lub podmiotu, któremu udostępniono dokumentację medyczną** | **Imię i nazwisko osoby udostępniającej dokumentacje medyczną w umieniu PL** | **Data** | **Podpis osoby udostępniającej dokumentację medyczną** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |

1. *Sposób udostępnienia – zgodnie z ustawą o prawach pacjenta: 1) do wglądu na miejscu w PL, 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku; 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej; 5) na informatycznym nośniku danych.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Zakres udostępnienia: wskazać czy udostepnienie dotyczy wybranych danych czy wszystkich danych (kompletnej dokumentacji).* [↑](#footnote-ref-2)