|  |
| --- |
| **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)