



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI

GRUDZIĄDZ, dnia.....

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko..... PESEL:.....

Dane adres: Numer telefonu:.....

Ja niżej podpisana/-y niniejszym wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:
(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego kopii na elektronicznym nośniku danych (płyta CD)
 kserokopii odpisu skanu dokumentów

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko..... PESEL:.....

Dane kontaktowe:.....

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
 wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic, opiekun, kurator)
 wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta
 wniosek składa inna osoba uprawniona

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (proszę podać nazwę poradni/komórki organizacyjnej oraz okres leczenia)

.....w okresie.....

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- dokumentację odbiorę osobiście*/ przez osobę upoważnioną*) w siedzibie podmiotu leczniczego
 dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru
(zgadzam się ponieść koszty udostępnienia dokumentacji medycznej określone w cenniku dostępnym na stronie <https://bieganski.org/pl/strefa/dokumentacja> oraz koszty przesyłki zgodnie z obowiązującym cennikiem Poczty Polskiej, przy czym w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej po raz pierwszy opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej nie pobiera się.)
 dokumentację proszę przesłać na adres email.....
(możliwe po dodatkowej, pozytywnej weryfikacji wnioskodawcy)

5. DANE OSOBOWE

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dostępna jest w punkcie składania wniosków na tablicy informacyjnej oraz na stronie Szpitala: <https://bieganski.org/pl/polityka>.

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

6. POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

*Niepotrzebne skreślić