



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNI DRUKOWANYMI LITERAMI

GRUDZIĄDZ, dnia.....

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko.....**JAN KOWALSKI**..... PESEL:.....**123456789**.....

Dane adres: ...**ul. KRÓTKA 1/2 86-300 GRUDZIĄDZ** Numer telefonu: **987 654 321**

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...**MARIA KOWALSKA**... PESEL:.....**987654321**.....

Dane kontaktowe **ul. KRÓTKA 1/2 86-300 GRUDZIĄDZ Tel. 321 654 987**

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*)

PORADNIA ALERGOLOGICZNA.....w okresie **1.01.2021 R.**

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