

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:Nr.tel.....

PESEL: Adres e-mail.....

Adres zamieszkania

2. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL.....

Adres zamieszkania

3. Dokumentacja dotyczy ;

(podać nazwę komórki organizacyjnej oraz okres leczenia)

4. Wnioskuję o :

- wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie Ośrodka
- sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność oryginałem
- sporządzenie kserokopii
- sporządzenie wydruku
- udostępnienie na elektronicznym nośniku danych
- wydanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

5. Rodzaj dokumentacji medycznej :

- całość dokumentacji
- historia choroby
- karta informacyjna
- płyta CV z badań
- wyniki badań
- inna dokumentacja

6. Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać za pośrednictwem poczty ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:
- proszę przesłać za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail –
- odbierze osoba upoważniona:
imię i nazwisko:
- nr dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości

Oświadczam , że

- Zapoznałem się *Zasadami udostępniania dokumentacji medycznej określonymi w § 7 Regulaminu Praw i Obowiązków Pacjenta* i akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej
- Zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki jeśli zakres udostępnianej dokumentacji był już wcześniej udostępniany .
- Dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą
- Zapoznałem się z *Klauzula informacyjną dla pacjenta oraz przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego małoletniego pacjenta Ośrodka* .
Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny „Pałac Kamieniec” sp. z o. o, 42-674 Kamieniec ul. Polna 2, adres poczty elektronicznej: sekretariat@olr-kamieniec.pl, tel. +48 32 2337877. Dane osobowe przetwarzane są w zakresie jaki jest niezbędny dla ochrony żywotnych interesów pacjenta, a podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 9 RODO (UE)

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

4. Potwierdzenie wpływu wniosku
(data, podpis osoby przyjmującej wniosek)

5. Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej

- zgoda na udostępnianie dokumentacji medycznej
 odmowa udostępniania dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji o udostępnianiu lub odmowie udostępniania dokumentacji medycznej)

6. Potwierdzenie wydania dokumentacji

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta, w dniu.....
 wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
 wysłano na wskazany adres e-maila w dniu
 odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 upoważnienie w niniejszym wniosku
 odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokość.....zł
Pobrano opłatę w wysokościzł., z dnia
Wystawiono paragon/fakturę nr z dnia
Wysłano listem poleconym nr nadawczy.....z dnia.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

7. Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji. ;

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

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie

.....
(rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację