

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane osoby składającej wniosek o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Adres email:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Zwracam się z prośbą o wydanie:

- kopii dokumentacji medycznej/wydruk potwierdzonej za zgodność z oryginałem
 odpisu / wyciągu dokumentacji

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- Klinika/Oddział/Poradnia/Pracownia/Zakład.....

- okres leczenia:

- Całość dokumentacji
 Karta Informacyjna (wypis)
 Inne:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
 proszę wysłać na adres:
 proszę wysłać na adres email:
 odbierze osoba upoważniona:
 – imię i nazwisko:

*Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i/lub RODO
 Wniosek zostanie rozpatrzony przez Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela bez zbędnej zwłoki zgodnie z kolejnością jego wpływu do jednostki. W przypadku gdy po dokumentację medyczną pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy dołączyć do wniosku. Szpital nie pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie.*

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora Danych na stronie internetowej www.biziel.umk.pl

.....
 Miejscowość i data

.....
 Podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

Data i podpis

Potwierdzenie udostępnienia-wypełnia pracownik Szpitala

Potwierdzam udostępnienie dokumentacji medycznej

Data i podpis