

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI:

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA:

NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO:

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY: (NIE DOTYCZY JEŚLI JW.)

IMIĘ I NAZWISKO: PESEL:

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O:

- sporządzenie kserokopii
- odpisu*
- POTWIERDZENIE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ)

- | | | |
|----------------------------|------------------------|---|
| WYPIS (karta informacyjna) | PEŁNA HISTORIA CHOROBY | INNE..... |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ protokół operacyjny ▪ EEG, EMG ▪ Stroboskopia ▪ His-pat i inne |
| ▪ ODDZIAŁ: | | OKRES LECZENIA |
| ▪ PORADNIA:..... | | OKRES LECZENIA |
| ▪ RTG, USG, MR, TK: | | OKRES LECZENIA |

WNIOSKOWANA DOKUMENTACJE:

- ODBIORĘ OSOBIŚCIE
- PROSZĘ WYŚLAĆ NA ADRES:
- PROSZĘ WYŚLAĆ NA ADRES EMAIL:
- ODBIERZE OSOBA UPOWAŻNIONA:
 - IMIĘ I NAZWISKO, PESEL:

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 Biziela 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. Biziela w Bydgoszczy, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciężących 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

*odpis - stanowi dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem