

**WNIOSEK O ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ORAZ INFORMACJI O STANIE ZDROWIA**

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK:

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES ZAMIESZKANIA:

PESEL:

NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO:

NINIEJSZYM ODWOŁUJĘ UPOWAŻNIENIE DLA :

PANI/ PANA
DO UZYSKIWANIA MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy

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 ciążących na Administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora Danych na stronie internetowej www.biziel.umk.pl