

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.....

- 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,

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

.....
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