

WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI:

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES ZAMIESZKANIA:

PESEL:

DOWÓD TOŻSAMOŚCI:

NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO:

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z POWODU ZAGROŻENIA ŻYCIA I ZDROWIA PACJENTA

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

IMIĘ I NAZWISKO: PESEL:

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

☐ HISTORIA CHOROBY

ODDZIAŁ: Okres leczenia.....

☐ KARTOTEKA

PORADNIA: Okres leczenia.....

WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ ZWRÓĆ DO:

.....
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

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA - WYPEŁNIA PRACOWNIK SZPITALA

POTWIERDZAM UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI
Data i podpis

POTWIERDZENIE ZWROTU - WYPEŁNIA PRACOWNIK SZPITALA

POTWIERDZAM ZWROT DOKUMENTACJI
Data i podpis