

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuję o wydanie kopii dokumentacji medycznej;

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- ☐ historia choroby:
- okres leczenia:
 - nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- ☐ inne

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ odbierze osoba upoważniona
- imię i nazwisko:
 - PESEL:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Opłaty nie pobiera się w przypadkach o których mowa w art. 28 ust. 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Informuję, że w przypadku braku odbioru wnioskowanej dokumentacji po upływie miesiąca od momentu jej przygotowania dokumenty zostaną zniszczone. Okres ten może zostać przedłużony w

szczególnie uzasadnionych przypadkach np. po wcześniejszym umówieniu innego terminu jej odbioru.

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Dane osobowe będą przetwarzane przez Nowa Ortopedia sp. z o.o. ul. Oleska 97, 45-222 Opole w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajduje się na naszej stronie internetowej w Zakładce Dane Osobowe. Pełna treść klauzuli informacyjnej dla pacjenta znajduje się pod poniższym linkiem https://klinikasilesia.pl/wp-content/uploads/2024/07/Klauzula-informacyjna_PACJENCI.pdf a dla innej osoby niż pacjent pod poniższym linkiem <https://klinikasilesia.pl/wp-content/uploads/2024/07/Klauzula-informacyjna-dla-osob-upowaznionych-do-odbioru-dokumentacji-i-pozyskiwania-informacji-o-stanie-pacjenta-002.pdf>

POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru :

Podpis pracownika:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację