

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wniosek do:

Szpital św. Anny w Miechowie, ul. Szpitalna 3, 32-200 Miechów

KRS: 0000078297, NIP: 659-13-28-869, REGON: 0003043 84

2. Proszę o udostępnienie do wglądu / wydanie kopii dokumentów* pacjenta

.....
(Imię i nazwisko pacjenta)

Informacje umożliwiające wyszukanie danych w zbiorze:

.....
.....
(np. data urodzenia, PESEL, adres zamieszkania)

3. Zakres danych, które mają zostać udostępnione**

- a) Historia choroby
- b) Karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- c) Wynik badania (jaki?)
- d) Inne:
- e) Data porady lub pobytu w szpitalu.....
od do

4. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko:

Seria i numer dokumentu tożsamości***

Adres do korespondencji:

Numer telefonu kontaktowego:

5. Podstawa prawna upoważniająca wnioskodawcę do przetwarzania danych osobowych:

Art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**:

- a) pacjent/właściciel danych
- b) przedstawiciel ustawowy pacjenta
- c) osoba upoważniona przez pacjenta

6. Oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą. Zobowiązuję się / nie zobowiązuję się/* do pokrycia wszelkich kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji oraz wydaniem kopii.

.....
(data i czytelny podpis osoby wnioskującej)

7. Potwierdzam odbiór dokumentacji zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumenty)

* niepotrzebne skreślić

** odpowiednie zakreslić

*** w celu prawidłowej identyfikacji osoby odbierającej dokumentację