

WNIOSEK

**o udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta
Poddębickiego Centrum Zdrowia Spółki z o.o. z siedzibą w Poddębicach (Spółki PCZ)**

DANE WNIOSKODAWCY:

imię i nazwisko		PESEL	
seria i nr dokumentu tożsamości		nr telefonu	
adres zamieszkania			

DANE PACJENTA: *(należy wypełnić tylko wtedy, gdy dokumentacja medyczna nie dotyczy wnioskodawcy)*

imię i nazwisko			
PESEL lub data urodzenia			
adres zamieszkania		nr telefonu	

PROSZĘ o UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI:

z leczenia szpitalnego	Oddział		za okres	
z leczenia ambulatoryjnego	Poradnia			
zakres dokumentacji <i>(np. cała, od str. do str., wyciąg, kopia, wydruk)</i>				

FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI *(należy wskazać odpowiedni wiersz)*

	wgląd w dokumentację medyczną z możliwością zrobienia zdjęć i notatek, w siedzibie Spółki PCZ (nieodpłatnie)
	sporządzenia odpłatnie przez Spółkę PCZ, z potwierdzeniem za zgodność z oryginałem wyciągów odpisów kopii wydruków..... <i>(należy wskazać formę udostępnienia, niepotrzebne skreślić)</i>
	wydanie oryginału z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu <i>(gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)</i>
	za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (nieodpłatnie)
	na informatycznym nośniku danych Spółki PCZ (odpłatnie)

DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ:

	odbiorę osobiście
	odbierze osoba wskazana w dokumentacji medycznej
	proszę przekazać drogą pocztową wraz z fakturą za odpłatne przygotowanie dokumentacji
	odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie jest elementem niniejszego wniosku

Zostałem/łam poinformowany/a:

- o wysokości opłaty z tytułu udostępnienia dokumentacji medycznej;
- o tym, że termin realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej wynosi 7 dni roboczych, licząc od dnia jego złożenia w Spółce PCZ.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

.....
data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

AKCEPTACJA

Potwierdzam odbiór dokumentacji
data, podpis odbierającego

**Dotyczy wniosku
o udostępnianie, dokumentacji medycznej pacjenta Poddębickiego Centrum Zdrowia
Spółki z o.o. z siedzibą w Poddębicach (Spółki PCZ)**

JA NIŻEJ PODPISANY (wypełnia pacjent, który nie może odebrać osobiście dokumentacji medycznej, przygotowanej zgodnie z jego wnioskiem):

imię i nazwisko		PESEL	
seria i nr dokumentu tożsamości		nr telefonu	
adres zamieszkania			

UPOWAŻNIAM

imię i nazwisko		PESEL	
seria i nr dokumentu tożsamości		nr telefonu	
adres zamieszkania			

do odbioru dokumentacji medycznej, o której udostępnienie wnosila/em.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

.....
data i czytelny podpis osoby przyjmującej
upoważnienie

Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. jako administrator danych osobowych informuje, że dane osobowe Wnioskodawcy nie będącego pacjentem/osoba upoważnionej powyżej przez pacjenta będą przetwarzane w celach związanych z udzielaniem świadczeń medycznych. Pani/a dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Przysługuje Pani/u prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i wynika z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta oraz aktów wykonawczych.

.....
data i czytelny podpis
wnioskodawcy nie będącego pacjentem/osoby upoważnionej przez pacjenta