

## 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 zaznaczyć wybraną formę:*

<input type="checkbox"/>	wgląd w dokumentację medyczną z możliwością zrobienia zdjęć i/lub notatek, w siedzibie Spółki PCZ (nieodpłatnie)
<input type="checkbox"/>	wydanie oryginału z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu <i>(gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)</i>
<input type="checkbox"/>	sporządzenie odpłatnie przez Spółkę PCZ: wyciągów, odpisów lub kopii, z potwierdzeniem za zgodność z oryginałem
<input type="checkbox"/>	za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (nieodpłatnie)
<input type="checkbox"/>	na informatycznym nośniku danych (odpłatnie)

#### DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ *(należy zaznaczyć właściwy sposób odbioru):*

<input type="checkbox"/>	odbiorę osobiście
<input type="checkbox"/>	odbierze osoba wskazana w dokumentacji medycznej
<input type="checkbox"/>	proszę przekazać drogą pocztową wraz z fakturą za odpłatne przygotowanie dokumentacji
<input type="checkbox"/>	odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie jest elementem niniejszego wniosku

#### Zostałem/łam poinformowany/a:

- o wysokości opłaty z tytułu udostępnienia dokumentacji medycznej;
- o tym, że realizacja wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej nastąpi niezwłocznie, nie później niż w terminie 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 wniosła/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*