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 *(np. cała, od str. do str., wyciąg, kopia, wydruk)*				

FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI ***należy zaznaczyć wybraną formę*****:**

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

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

	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:

1. o wysokości opłaty z tytułu udostępnienia dokumentacji medycznej;
2. 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 wnosiła/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