

Załącznik nr 1 do Zasad udostępniania dokumentacji medycznej

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

1. Tytuł prawny do uzyskania dostępu do dokumentacji: (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):
 - wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy;
 - wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta;
 - wnioskodawca jest osobą upoważnioną - odrębne upoważnienie, stanowiące załącznik do niniejszego wniosku;
 - wnioskodawca jest osobą upoważnioną - upoważnienie w dokumentacji medycznej.

2. Dane Pacjenta:
Nazwisko i imię (imiona):
Adres miejsca zamieszkania:
Data urodzenia:.....

3. Dane Przedstawiciela ustawowego:
Nazwisko i imię (imiona)
Adres miejsca zamieszkania
Seria i nr dowodu osobistego.....

4. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (proszę podać datę z jakiego okresu ma być udostępniona dokumentacja medyczna):

5. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący zakres (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):
 - historia choroby
 - karta informacyjna z leczenia szpitalnego
 - inne

6. Forma udostępnienia (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu): :
 - wgląd w siedzibie Kliniki;
 - wyciąg;
 - odpis;
 - kopia (kopia/wydruk);
 - e-mail;
 - nagranie na płycie CD-R.

7. Dokumentacja wymieniona w pkt. 5 (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu)
 - zostanie odebrana osobiście;
 - zostanie odebrana przez osobę upoważnioną lub uprawnioną;

- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1;
- proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej:
na adres email: _____Jednocześnie oświadczam, że mam świadomość zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Pouczenie:

1. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
2. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
3. Administratorem danych osobowych jest Poli-Med Bielsko Sp. z o.o Galena Sp. k., ul. Żywiecka 71, 43-300 Bielsko-Biała. Dane pozyskiwane są w celu realizacji obowiązku prawnego związanego z udostępnieniem dokumentacji medycznej Pacjenta. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: iod@klinikagalena.pl. Pełna informacja dostępna jest na stronie internetowej www.klinikagalena.pl.

ADNOTACJE

POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU*:

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*:

.....
(Data i podpis osoby wydającej dokumentację medyczną)

*- wypełnia pracownik Kliniki