

Bydgoszcz, dn.....

KOMENDANT
10 Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy
ul. Powstańców Warszawy 5
85-681 Bydgoszcz

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres*:
Telefon kontaktowy:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć **X** we właściwej rubryce):

<input type="checkbox"/> do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
<input type="checkbox"/> wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem
<input type="checkbox"/> wydanie wyciągu
<input type="checkbox"/> wydanie odpisu
<input type="checkbox"/> wydanie wydruku
<input type="checkbox"/> na informatycznym nośniku danych CD/DVD w przypadku badań obrazowych

Wnioskuje: (proszę zaznaczyć **X** we właściwej rubryce):

<input type="checkbox"/> pierwszy raz
<input type="checkbox"/> kolejny raz

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:

Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia (proszę podać Oddział/poradnię i dane za jaki okres leczenia)

Poradnia/Oddział:
W okresie:
Rodzaj dokumentacji (np.: historia choroby, wyniki badań podać jakich):.....

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji.**Wniosek składa:** (proszę zaznaczyć **X** we właściwej rubryce):

<input type="checkbox"/>	pacjent, którego wniosek dotyczy.
<input type="checkbox"/>	przedstawiciel ustawowy pacjenta
<input type="checkbox"/>	opiekun prawny
<input type="checkbox"/>	osoba upoważniona przez pacjenta
<input type="checkbox"/>	osoba bliska pacjenta (tylko w przypadku śmierci pacjenta): małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu **.

Sposób odbioru dokumentacji (proszę zaznaczyć **X** we właściwej rubryce):

<input type="checkbox"/>	dokumentację odbiorę osobiście
<input type="checkbox"/>	odbierze osoba upoważniona
<input type="checkbox"/>	proszę przesłać na adres zamieszkania:
.....	
.....	

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY W ZAKRESIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.

Spełniając obowiązek informacyjny wynikający z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) niniejszym informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana/Państwa danych osobowych jest 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy, ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz w imieniu którego występuje Komendant Szpitala, tel.: 261- 417- 001, adres e-mail: szpital@10wsk.mil.pl. Może się Pani/Pan kontaktować z nami w następujący sposób: listownie, telefonicznie, e-mailem.

2. Szczegółowy obowiązek informacyjny znajduje się na stronie internetowej 10 WSzK z P: www.10wsk.mil.pl

Oświadczenie:

Oświadczam, że zapoznałem/-am się ze sposobem i trybem udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wytworzenia (opłaty nie obowiązują pacjenta/ przedstawiciela ustawowego wnioskującego pierwszy raz o udostępnienie dokumentacji medycznej) oraz pokrycia kosztów przesyłki listownej zgodnie z aktualnym cennikiem usług Poczty Polskiej.

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

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie wydania i odbioru.

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej.

L.p w wykazie wydanej dokumentacji medycznej:.....

.....

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

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną)

UWAGA!!!

W przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba inna niż pacjent, którego dokumentacja jest udostępniana lub osoba inna niż wskazana przez pacjenta w dokumentacji medycznej, konieczne jest załączenie upoważnienia do udostępniania dokumentacji medycznej.

* wyłącznie w przypadku udostępniania dokumentacji drogą pocztową

** właściwe podkreślić