

.....
(miejscowość, data)

Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
we Włocławku
ul. Kilińskiego 16, 87-800 Włocławek

Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca (pacjent):

Imię

Nazwisko

Adres: ulica i numer domu/mieszkania, miejscowość, poczta, kod pocztowy

.....
.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego.

Adres poczty elektronicznej*

2. Wnioskuje o udostępnienie do wglądu*/wydanie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku* dokumentacji medycznej:

.....
.....
.....

badania wykonywałem/wykonywałam (podać dokładną datę)

badania były wykonywane na nazwisko, adres (wpisać, jeśli uległy zmianie):

.....

3. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia ww. wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku* dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Włocławku.

4. Dokumentację wymienioną w pkt. 2 wniosku:

a) przejrzę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego*
uzgodniono termin

b) odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego*,

- c) odbierze w siedzibie podmiotu leczniczego osoba przeze mnie upoważniona*,
- d) proszę przesłać w formie papierowej listem poleconym za potwierdzeniem odbioru za pośrednictwem operatora pocztowego na mój adres*,
- e) proszę przesłać listem poleconym za potwierdzeniem odbioru za pośrednictwem operatora pocztowego na elektronicznym nośniku danych CD/DVD na mój adres*.

*niepotrzebne skreślić

Podane powyżej dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Jednocześnie zgodnie z art. 24 ust. 1 ww. ustawy informujemy, że Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny we Włocławku – Dyrektor PSSE we Włocławku, ul. Kilińskiego 16, 87-800 Włocławek. Pani/Pana dane będą przetwarzane do celów wydania dokumentacji medycznej.

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych ww. zakresie przez PSSE we Włocławku, ul. Kilińskiego 16, 87-800 Włocławek w celu wydania dokumentacji medycznej. Przyjmuję jednocześnie do wiadomości, że mam prawo żądania informacji o zakresie przetwarzania moich danych osobowych, prawo dostępu do treści tych danych, uzupełniania, uaktualniania i sprostowania danych, gdy są one niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji

Włocławek

(data)

Osoba wnioskująca ma prawo/nie ma prawa* do uzyskania wskazanej dokumentacji medycznej

.....
(podpis Kierownika Laboratorium/Sekcji)

Dokumentację medyczną udostępniono do wglądu
(imię, nazwisko)

Wydano wyciąg, odpis, kopię lub wydruk* dokumentacji medycznej
(imię, nazwisko)

Tożsamość osoby, której udostępniono do wglądu/odbierającej wyciąg, odpis, kopię lub wydruk* dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

.....
(podać nazwę i numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem):

1. Ilość stron wyciągu/odpisu/ kopii/wydruku
2. Koszt wyszukania dokumentacji medycznej w składnicy akt zł
3. Koszt wysłania dokumentacji za pośrednictwem operatora pocztowego zł
4. Naliczono opłatę w wysokości: zł
5. Wniesiono opłatę (gotówką/przelewem*) w wysokości zł

*niepotrzebne skreślić

.....
(data, czytelny podpis pacjenta/osoby odbierającej)

.....
(data, podpis pracownika wydającego)