



Nr wniosku

Dnia

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko PESEL

Adrestel.:

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko PESEL

Adrestel.:

2.DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W: (proszę podać nazwę/y poradni)

.....

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

☐

całość dokumentacji dotyczącej leczenia wraz ze zdjęciami rtg

☐

modele diagnostyczne

☐

dokumentacja za okres od do

☐

zdjęcia rtg

W FORMIE:

☐

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

☐

wydanie wyciągu

☐

wydanie kserokopii

☐

wydanie odpisu

3. PODSTAWA PRAWNA DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o wgląd do dokumentacji medycznej ww. Pacjenta. (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

☐

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

☐

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

☐

wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

☐

osobiście

☐

elektronicznie w postaci zaszyfrowanego skanu na adres e-mail:

☐

upoważniamdo odbioru kopii dokumentacji

☐

listownie na koszt wnioskodawcy za pośrednictwem Poczty Polskiej na adres

.....

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

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Podpis osoby upoważnionej:

7. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
i podpis osoby wydającej/wysyłającej dokumentację)

.....(data
(data i podpis osoby odbierającej)



Pouczenie:

1. Osoba uprawniona ma wgląd do dokumentacji medycznej wyłącznie w siedzibie, z zapewnieniem możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć, w obecności osoby upoważnionej z ramienia Akademickiego Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Sp. z o.o. w warunkach gwarantujących pełną dyskrecję i ochronę przed dostępem do dokumentacji osób nieupoważnionych.
2. Osoba przeglądająca dokumentację medyczną nie ma możliwości wyniesienia jej poza przeznaczone do tego celu pomieszczenie.
3. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
4. Przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta składa oświadczenie, że dysponuje pełną, nieograniczoną władzą rodzicielską nad małoletnim pacjentem.
5. Administratorem danych osobowych jest Akademickie Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Sp. z o.o. z siedzibą w Bytomiu.
6. Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
8. Szczegółowa informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie www.bip.acstom.bytom.pl w zakładce – Klauzule informacyjne.