

WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

1. Dane Pacjenta:(imię i nazwisko)

(PESEL).....(tel. kontaktowy).....

2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia z roku:

.....
nazwa oddziału, poradni, pracowni.

.....
rodzaj dokumentacji np.: całość dokumentacji, historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, zdjęcia rtg i inne:

3. Forma udostępnienia w/w dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwym miejscu) :

- kserokopię dokumentacji medycznej bez potwierdzenia wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
 kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem
 wgląd do dokumentacji medycznej na miejscu inne:

4. Cel udostępnienia dokumentacji medycznej:

.....
np. ubezpieczyciel, kontynuacja leczenia

5. Odbiór dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwym miejscu):

- Odbiór osobisty przez wnioskodawcę Odbiór osobisty przez osobę upoważnioną przez pacjenta

.....
Imię i nazwisko, Pesel osoby upoważnionej

- Przesyłka pocztowa
za pobraniem na adres:

.....
kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania

POUCZENIE

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w ustawy, a także koszt ewentualnej przesyłki pocztowej.

.....
data i podpis pracownika

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy (pacjenta/osoby upoważnionej)

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie:

.....
rodzaj dokumentu ze zdjęciem, seria i numer

Dokumentację medyczną udostępniono mi zgodnie ze złożonym wnioskiem

.....
data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

Administratorem danych osobowych Pacjentów jest: Samodzielny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, adres: ul. Staszica 16, 20-081 Lublin, zwany dalej „Szpitalem”.

Cel zbierania danych oraz udostępnianie danych

Szpital przetwarza dane osobowe Pacjentów w celu ochrony zdrowia, udzielania i zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz w związku z utrzymaniem i zapewnieniem bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna.

Dane osobowe Pacjentów mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

Pacjenci mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Obowiązek podania danych

Obowiązek podania danych wynika z właściwych przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.