



Załącznik nr 1/ Formularz
do procedury: **Udostępnianie dokumentacji medycznej P-ORG-02**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

nr / 202....

1. DANE WNIOSKODAWCY

☐ pacjent ☐ przedstawiciel ustawowy
☐ osoba upoważniona przez pacjenta/ przedstawiciela ustawowego ☐ osoba bliska dla zmarłego pacjenta

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

Adres do korespondencji:

Adres elektroniczny (e-mail/ eDoręczenie/ ePUAP):

2. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

3. ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI

☐ Całość dokumentacji medycznej:

☐ z oddziału: z leczenia w okresie: od: do:
.....

☐ z poradni: z leczenia w okresie: od: do:
.....
.....

☐ Wybrane dokumenty znajdujące się w dokumentacji medycznej:

☐ Karta informacyjna z leczenia szpitalnego (podać nazwę oddziału, datę pobytu):
.....

☐ Wynik badania (rodzaj badania, data):
.....

☐ Inny dokument:
.....

4. SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

☐ Kopia

☐ Do wglądu w siedzibie Szpitala Specjalistycznego im. H. Klimontowicza w Gorlicach

☐ Wydanie dokumentacji na informatycznym nośniku danych

5. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

☐ W siedzibie Szpitala

☐ Przesyłka polecona na adres Wnioskodawcy wskazany w pkt 1. (koszt ponosi Wnioskodawca)

☐ Komunikacja elektroniczna na adres Wnioskodawcy wskazany w pkt. 1.

Data: **Podpis Wnioskodawcy:**

UPOWAŻNIENIE

Do odbioru dokumentacji medycznej we wskazanym powyżej zakresie upoważniam Panią/ Pana:

Imię i nazwisko:

PESEL: lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....
Czytelny podpis osoby upoważniającej



Załącznik nr 1/ Formularz
do procedury: **Udostępnianie dokumentacji medycznej P-ORG-02**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

6. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU

Data:

Podpis pracownika przyjmującego wniosek:

7. POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI**Potwierdzam odbiór dokumentacji zgodnie ze złożonym wnioskiem** *(dotyczy odbioru osobistego)*

Data:

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację:**Potwierdzam udostępnienie dokumentacji zgodnie ze złożonym wnioskiem:**☐ w wersji elektronicznej☐ za pośrednictwem przesyłki poleconej

Data:

Podpis pracownika realizującego wniosek:

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że administratorem danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej jest Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach, 38-300 Gorlice, ul Węgierska 21. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej. Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania Państwa danych osobowych dostępna jest na stronie internetowej: <https://szpital.gorlice.pl/szpital/inspektor-ochrony-danych/>