

(pola oznaczone kolorem szarym wypełnia pracownik)

**Wnioskodawca:**

**Data przyjęcia wniosku**

BA/...../.....

BA/...../.....

BA/...../.....

Rok

Wojewódzka Stacja  
Sanitarno-Epidemiologiczna  
w Krakowie,  
ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków  
NIP: 677-10-27-767  
Regon: 000297394

(nazwisko i imię osoby wnioskującej  
o udostępnienie dokumentacji medycznej)

**Zlecam udostępnienie dokumentacji medycznej, tj. sprawozdania z badań w kierunku** (zaznaczyć X/wpisać właściwie):

|                                                       |       |
|-------------------------------------------------------|-------|
| Nosicielstwa pałeczek z rodzaju Salmonella i Shigella | Inne: |
|-------------------------------------------------------|-------|

## Nazwisko

[illegible]

Imię

[illegible]

PESEL

[illegible]

w przypadku braku numeru PESEL, podać datę urodzenia  $\frac{\text{r.}}{\text{r.}} \frac{\text{r.}}{\text{r.}} - \frac{\text{m.}}{\text{m.}} - \frac{\text{d.}}{\text{d.}}$

**Telefon kontaktowy / e-mail.....**  
(opcjonalnie)

**Rok wykonania badania:** \_\_\_\_\_ **Miejsce oddania próbek do badania:** .....

**Pacjent został poinformowany przez Zleceniobiorcę, że:**

1. Przetwarzanie danych osobowych przez WSSE w Krakowie dla celów sanitarno-epidemiologicznych odbywa się zgodnie z Rozporządzeniem 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)*
2. Zobowiązany jest do poinformowania osoby upoważnionej do odbioru odpisu sprawozdania z badań, że treść informacji Administratora, dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest w Punkcie Przyjmowania Próbek oraz na stronie <https://www.gov.pl/web/wsse-krakow/ochrona-danych-osobowych>
3. Ma zagwarantowaną poufność wyników badań oraz ochronę praw własności
4. Ma prawo do złożenia skargi do Dyrektora WSSE w Krakowie, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków

**Pacjent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z ceną za udostępnienie dokumentacji medycznej i w tym zakresie nie wnosi zastrzeżeń
2. Został poinformowany, że dane zawarte w dokumentacji medycznej są zgodne z danymi przechowywanymi w laboratorium i nie mogą być zmieniane
3. Zapoznał się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, dostępną w Punkcie Przyjmowania Próbek oraz na stronie <https://www.gov.pl/web/wsse-krakow/ochrona-danych-osobowych>

**Do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam:** .....  
*Imię i nazwisko; rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości*

**Data i czytelny podpis pacjenta (Wnioskodawcy)**

Zgodnie z ustawą z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w przypadku udostępniania pacjentowi dokumentacji medycznej po raz pierwszy nie pobiera się opłaty.

**Zlecam wykonanie odpisu sprawozdania z badań po raz pierwszy (zaznaczyć X):**

**TAK** ☐ **(\*) NIE** ☐ **NIE WIEM** ☐

(\*)Przy kolejnych wnioskach w żądanym zakresie za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest opłata zgodna z Załącznikiem nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego WSSE w Krakowie. Kwotę należy ustalić z pracownikiem i dokonać jej przelewem na konto przed odbiorem odpisu.

**Sposób płatności:**

**Przedpłata przelewem na rachunek bankowy 85 1010 1270 0037 0822 3100 0000, NBP O/O Kraków.**

**Tytuł przelewu:** *Odpis sprawozdania z badań nazwisko i imię osoby badanej.*

**Ze zleceniem proszę dostarczyć wydrukowane potwierdzenie przelewu.**

**Faktura** (zaznaczyć właściwe X) TAK ☐ NIE ☐

**Dane do faktury:** .....  
(nazwa, adres, NIP)

**Potwierdzam odbiór odpisu sprawozdania z badań**

.....

**Data i czytelny podpis OSOBY ODBIERAJACEJ DOKUMENTACJE**

**Data i podpis PRACOWNIKA**