WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(pola oznaczone kolorem szarym wypełnia pracownik)

Zleceniobiorca:

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

Wnioskodawca:

…….

…….

(nazwisko i imię osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej)

Kody próbek

Data przyjęcia wniosku BA/……../……..

BA/……../……..

……. BA/……../……..

Rok _____

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

Nosicielstwa pałeczek z rodzaju Salmonella i Shigella		**Inne:**	

Dane pacjenta (proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

Nazwisko

Imię **PESEL**

w przypadku braku numeru PESEL, podać datę urodzenia __ __ __ __ - __ __ - __ __
r r r r m m d 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 ODBIERAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ **Data i podpis PRACOWNIKA**