…...…………………………

(miejscowość, data)

Powiatowa Stacja

Sanitarno-Epidemiologiczna

we Włocławku

ul. Kilińskiego 16, 87-800 Włocławek

Wniosek

o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca (pacjent):

Imię …..………………………………......................................................................................................

Nazwisko …………………………………………………………………………………………...........

Adres: ulica i numer domu/mieszkania, miejscowość, poczta, kod pocztowy …………………………..

…................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

Numer telefonu kontaktowego. ………………… ....................................................................................

Adres poczty elektronicznej\* ……………………………………………………………………………

2. Wnioskuję o udostępnienie do wglądu\*/wydanie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku\* dokumentacji medycznej:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

badania wykonywałem/wykonywałam (podać dokładną datę) ………………………………………….

badania były wykonywane na nazwisko, adres (wpisać, jeśli uległy zmianie): ……………………....

……………………………………………………………………………………………………………

3. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia ww. wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku\* dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Włocławku.

4. Dokumentację wymienioną w pkt. 2 wniosku:

a) przejrzę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego\*

uzgodniono termin ………………………………………………………………………………………

b) odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego\*,

c) odbierze w siedzibie podmiotu leczniczego osoba przeze mnie upoważniona\*,

d) proszę przesłać w formie papierowej listem poleconym za potwierdzeniem odbioru   
za pośrednictwem operatora pocztowego na mój adres\*,

e) proszę przesłać listem poleconym za potwierdzeniem odbioru za pośrednictwem operatora pocztowego na elektronicznym nośniku danych CD na mój adres\*.

f) proszę przesłać w formie elektronicznej na adres e-mail ………………………………………….\*

\*niepotrzebne skreślić

Podane powyżej dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 r. poz. 1781) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (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) (Dz. U. UE. L z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.). Jednocześnie informujemy,   
że Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny we Włocławku, PSSE we Włocławku,   
ul. Kilińskiego 16, 87-800 Włocławek. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, Pana Przemysława Marona, z którym może Pani/Pan się skontaktować w sprawach ochrony danych osobowych i realizacji swoich praw pod następującym adresem poczty elektronicznej: iod.psse.wloclawek@sanepid.gov.pl, lub pisemnie na wyżej podany adres. Pani/Pana dane będą przetwarzane do celów wydania dokumentacji medycznej.

………….......................................................

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji

Włocławek …………………………..

(data)

Osoba wnioskująca ma prawo/nie ma prawa\* do uzyskana wskazanej dokumentacji medycznej

………………………………

(podpis Kierownika Laboratorium/Sekcji)

Dokumentację medyczną udostępniono do wglądu …………………………………………………..

(imię, nazwisko)

Wydano wyciąg, odpis, kopię lub wydruk\* dokumentacji medycznej …………………………………

(imię, nazwisko)

Tożsamość osoby, której udostępniono do wglądu/odbierającej wyciąg, odpis, kopię lub wydruk\* dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

……………………………………………………………………………………………………………

(podać nazwę i numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem):

1. Ilość stron wyciągu/odpisu/ kopii/wydruku ..................................................................................
2. Koszt wyszukania dokumentacji medycznej w składnicy akt ...……………...……………… zł
3. Koszt wysłania dokumentacji za pośrednictwem operatora pocztowego ……………..…….. zł
4. Naliczono opłatę w wysokości: ………………………………………………………………. zł
5. Wniesiono opłatę (gotówką/przelewem\*) w wysokości …....................................................... zł

..…………………………………………………………………………………………………

\*niepotrzebne skreślić

…......................................................... ……………………………………

(data, czytelny podpis pacjenta/osoby odbierającej) (data, podpis pracownika wydającego)