

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

.....
(miejscowość, data)

Wnoszę o udostępnienie duplikatu wyniku badań kału na nosicielstwo pałeczek Salmonella, Shigella.

1. Dane pacjenta (którego dokumentacja dotyczy):

Imię i nazwisko

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PASZPORT:

Adres: ulica nr domu/mieszkania

Miejscowość..... kod pocztowy

Numer telefonu kontaktowego:

Data wykonania badania:

2. Sposób odbioru dokumentacji medycznej (zaznaczyć):

☐
☐

Osobiście

Osoba upoważniona:

Imię i nazwisko:

Dowód osobisty:

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. za pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu nie pobiera się opłaty.

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej.

.....
data i podpis osoby udostępniającej dokumentację

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

Pouczenie:

Informujemy, że Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Grudziądzu (86-300 Grudziądz, ul. Kos. Gdyńskich 31, tel. 56 45 178 10) przetwarza Pani/Pana dane osobowe w celu niezbędnym do wykonania zlecenia lub do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem zlecenia/umowy (art. 6 ust.1 lit.b RODO). Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Grudziądzu, będący jednocześnie Dyrektorem Stacji. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod.psse.grudziadz@sanepid.gov.pl lub pisemnie na adres jw. (informacja dotyczy osób fizycznych zgodnie z art. 13 RODO). Więcej o tym jak przetwarzamy dane i o przysługujących prawach znajduje się na stronie: www.gov.pl/psse-grudziadz . Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym za wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.