

Gdańsk, dnia

Gdańsk, dnia

**WNIOSEK NR/20.....
o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej**

**WNIOSEK NR/20.....
o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej**

1. Dokumentacja medyczna dotyczy Pacjenta

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego

2. Rodzaj dokumentacji medycznej

- podać nazwę poradni/oddziału
- podać datę z jakiego okresu

.....
.....
.....
.....

3. Wnioskodawca*)

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

4. Wnioskuje o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w punkcie 2 i zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ MSW w Gdańsku.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

1. Dokumentacja medyczna dotyczy Pacjenta

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego

2. Rodzaj dokumentacji medycznej

- podać nazwę poradni/oddziału
- podać datę z jakiego okresu

.....
.....
.....
.....

3. Wnioskodawca*)

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

4. Wnioskuje o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w punkcie 2 i zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ MSW w Gdańsku.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

Potwierdzenie udostępnienia

1. Tożsamość osoby odbierającej kserokopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

..... Seria Nr
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron

3. Wniesiono opłatę (gotówką / przelewem / nie podlega opłacie)**

w wysokościzł

4. Zgodnie art. 23 ust. 1 pkt. 1 oraz art. 27 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów ewidencjonowania udostępnienia dokumentacji medycznej. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych informuję, iż:
- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
SP ZOZ MSW w Gdańsku, ul. Kartuska 4/6, 80-104 Gdańsk;
 - Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ewidencjonowania udostępnienia dokumentacji medycznej i nie będą udostępniane nieuprawnionym podmiotom bez Pani / Pana zgody,
 - posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
 - podanie danych osobowych jest dobrowolne / obowiązkowe w zakresie wymaganym przepisami prawa.

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data, podpis osoby wydającej)

** *niepotrzebne skreślić*

Potwierdzenie udostępnienia

1. Tożsamość osoby odbierającej kserokopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

..... Seria Nr
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron

3. Wniesiono opłatę (gotówką / przelewem / nie podlega opłacie)**

w wysokościzł

4. Zgodnie art. 23 ust. 1 pkt. 1 oraz art. 27 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów ewidencjonowania udostępnienia dokumentacji medycznej. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych informuję, iż:
- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
SP ZOZ MSW w Gdańsku, ul. Kartuska 4/6, 80-104 Gdańsk;
 - Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ewidencjonowania udostępnienia dokumentacji medycznej i nie będą udostępniane nieuprawnionym podmiotom bez Pani / Pana zgody,
 - posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
 - podanie danych osobowych jest dobrowolne / obowiązkowe w zakresie wymaganym przepisami prawa.

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data, podpis osoby wydającej)

** *niepotrzebne skreślić*