

Gdańsk, dnia

WNIOSEK NR/20.....

o wydanie wyniku badania:

- histopatologicznego
- zdjęć RTG
- innego:.....

1. Wynik badania dotyczy Pacjenta:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego

2. Wnioskodawca*)

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

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

Gdańsk, dnia

WNIOSEK NR/20.....

o wydanie wyniku badania:

- histopatologicznego
- zdjęć RTG
- innego:.....

1. Wynik badania dotyczy Pacjenta:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego

2. Wnioskodawca*)

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

.....
(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 zweryfikowano na podstawie dokumentu ze zdjęciem

.....
(podpis osoby weryfikującej)

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 MSWiA 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 zweryfikowano na podstawie dokumentu ze zdjęciem

.....
(podpis osoby weryfikującej)

1. Ilość stron

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

w wysokościzł

3. 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 MSWiA 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*