

POLITYKA BEZPIECZEŃSTWA DANYCH OSOBOWYCH

Esculap S.C. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej J. Chwedorowicz A. Chwedorowicz		Strona/ stron	
Cel dokumentu: Określenie zbiorów danych osobowych i zasad ich przetwarzania zgodnie z wymogami Ustawy o Ochronie Danych Osobowych		Wersja: Z dnia:	1.1 06.08.2018
Odpowiedzialny:	J. A.Chwedorowicz	Stosowanie:	Wszystkie stanowiska pracy

.....dnia

Sz.P.....

.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMNETACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuję o :

- o wydanie oryginału dokumentacji medycznej
- o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- o wydanie wyciągu dokumentacji medycznej
- o wydanie odpisu dokumentacji medycznej
- o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej na płycie CD
- o udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

•.....

• okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- o odbiorę osobiście
- o proszę wysłać na adres:
- o odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

POLITYKA BEZPIECZEŃSTWA DANYCH OSOBOWYCH

Esculap S.C. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej J. Chwedorowicz A. Chwedorowicz		Strona/ stron	
Cel dokumentu: Określenie zbiorów danych osobowych i zasad ich przetwarzania zgodnie z wymogami Ustawy o Ochronie Danych Osobowych		Wersja: Z dnia:	1.1 06.08.2018
Odpowiedzialny:	J. A.Chwedorowicz	Stosowanie:	Wszystkie stanowiska pracy

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ ESCULAP.;
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą);
- 3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....
miejsowość, data
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data:
 Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:.....
 Podpis pracownika:

WERYFIKACJA WNIOSKU(wypełnia osoba wskazana przez Administratora)

Stwierdzam, że wnioskodawca jest upoważniony / nie jest upoważniony do odbioru w /w. dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie:

.....

data i podpis osoby dokonującej weryfikacji

DECYZJA

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie w /w. dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

.....
data i podpis Administratora

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

- Dokumentacja:
- o wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
 - o odebrana osobiście przez pacjenta,
 - o odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości:

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

.....

(rodzaj i numer dokumentu)

data i podpis pracownika wydającego dokumentację