

SZPITAL NEUROPSYCHIATRYCZNY
im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZOZ
ul. Abramowicka 2
20-442 Lublin

W N I O S E K O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NR

1. Dane pacjenta (drukowanymi literami):

Imię i nazwisko:PESEL:

Adres:

2. Dane osoby wnioskującej (wypełnić jeśli inne niż powyżej):

Imię i nazwisko:PESEL:

Adres.....

3. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (właściwie zaznaczyć):

kopia odpis wyciąg wydruk wynik badania (CD) wgląd

z leczenia w Oddziale/Poradni/Pracowni

całość historia choroby karta informacyjna wyniki badań zapisy wizyt lekarskich inne

.....

4. Dokumentację odbiorę osobiście: tak nie

5. Zapoznałam (-em) się z cennikiem i zasadami opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (jeżeli dotyczy). Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii/odpisu/wyciągu dokumentacji medycznej przy odbiorze dokumentacji.

6. Dokumentację odbierze: (wypełnić jeżeli w pkt.4 zaznaczono - nie)

.....

(imię i nazwisko osoby odbierającej)

7. Zobowiązuję się powiadomić osobę odbierającą o konieczności pokrycia kosztów wykonania kserokopii/odpisu/wyciągu dokumentacji medycznej.

.....

(data i podpis osoby składającej wniosek)

.....

(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

8. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SPZOZ w Lublinie w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.

.....

(data i podpis osoby składającej wniosek)

9. Zakres udostępnionej dokumentacji medycznej (*opisać zgodnie z pkt. 3*):

-
-
-
-
-
-

10. Dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany(-a), legitymujący(-a) się

..... (*podać rodzaj i nr dokumentu tożsamości*)

potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

Administratorem danych osobowych Pacjentów jest Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie, zwany dalej „Szpitalem”.

Cel zbierania danych oraz udostępnianie danych

Szpital przetwarza dane osobowe Pacjenta w celu ochrony zdrowia, udzielania i zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz w związku z utrzymaniem i zapewnieniem bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna.

Dane osobowe Pacjentów mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

Pacjenci mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

Obowiązek podania danych

Obowiązek podania danych wynika z właściwych przepisów prawa, w tym z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.