

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej za odpłatnością wraz z wynikami badań / bez wyników badań *.

Imię i nazwisko pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy):

PESEL:

Poradnia:

Cel wydania dokumentacji:

* niepotrzebne skreślić

Oświadczam, iż ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz pokryję koszt wykonania powyższej dokumentacji stosownie do przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. Z 2012 r. 159 z późniejszymi zmianami).

Jednocześnie w związku z koniecznością przetworzenia moich danych osobowych na potrzeby realizacji niniejszego wniosku, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) **udzielam POZ Pomorzany Sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.**

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej wniosek

.....
data i czytelny podpis kierownika placówki

POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam, że wydano dokumentację medyczną pacjentowi / osobie upoważnionej przez pacjenta *

Imię i nazwisko.....

PESEL:

Nr dowodu osobistego:.....

zgodnie z upoważnieniem z dnia
które stanowi załącznik do niniejszego wniosku.

* niepotrzebne skreślić

.....
data

.....
czytelny podpis pracownika

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej w dniu

.....
czytelny podpis odbierającego