

	SPZOZ w Grodzisku Wielkopolskim	Załącznik Z3-POD
	Wniosek o wydanie kopii danych osobowych, w tym dokumentacji medycznej	Data:

SPZOZ w Grodzisku Wielkopolskim
ul. Mossego 17, 62-065 Grodzisk Wlkp.

1. Wnioskodawca:
 Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

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

Numer telefonu

2. Dokumentacja medyczna dotyczy¹⁾

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

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

3. Wnoszę o wydanie dokumentacji:²⁾

- a) do wglądu c) oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu
 b) w formie kopii papierowej .. d) za pośrednictwem poczty elektronicznej e) na informatycznym nośniku danych
 dotyczącej pobytu na oddziale/badania w: (podać nazwę komórki organizacyjnej oraz okres pobytu lub datę badania)

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, inna ...)

5. W przypadku, gdy przepisy pozwolą na pobranie opłaty, zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowania dokumentacji, o której mowa w pkt. 3 lit. b) i e) zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ w Grodzisku Wielkopolskim

6. Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 4²⁾

- odbiorę osobiście;

- proszę wysłać pocztą

- odbierze osoba przeze mnie upoważniona.

- w formie elektronicznej proszę przesłać na

adres e-mail

Do odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej upoważniam Panią/Pana

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyrażam zgodę na udostępnienie zawierającej moje dane osobowe, wnioskowanej dokumentacji medycznej wymienionej wyżej, upoważnionej do odbioru, osobie. Oświadczam, iż ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz pokryję w całości koszt wykonania kopii powyższej dokumentacji wraz z ewentualnymi kosztami przesyłki.

.....
 (czytelny podpis imię i nazwisko wnioskodawcy)

Potwierdzenie udostępnienia

1. Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej opisanej we wniosku w dniu kart sztuk

.....
 (data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)

.....
 (czytelny podpis osoby odbierającej)

¹⁾ wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

²⁾ zaznaczyć znakiem X pole wyboru