



Nr wniosku

Dnia

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko PESEL

Adrestel.:

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja DANÉ PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwiskoPESEL

Adrestel.:

2.DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W: (proszę podać nazwę/y poradni)

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

całość dokumentacji dotyczącej leczenia wraz ze zdjęciami rtg

modele diagnostyczne

tylko historia choroby bez pozostałej dokumentacji

dokumentacja za okres od do

zdjęcia rtg

W FORMIE:

wydanie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

wydanie kserokopii bez potwierdzenia za zgodność z oryginałem

wydanie odpisu

wydanie wyciągu

3. PODSTAWA PRAWNA DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o wgląd do dokumentacji medycznej ww. Pacjenta. (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

osobiście

elektronicznie w postaci zaszyfrowanego skanu na adres e-mail:

upoważniamdo odbioru kopii dokumentacji

listownie na koszt wnioskodawcy za pośrednictwem Poczty Polskiej na adres

odbiór osobisty przy kolejnej wizycie – dot. wyłącznie Poradni Ortodontycznej

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Podpis osoby upoważnionej:

7. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

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

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



Pouczenie:

1. Osoba uprawniona ma wgląd do dokumentacji medycznej wyłącznie w lokalizacji, w której działa Poradnia, z zapewnieniem możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć, w obecności osoby upoważnionej z ramienia Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach sp. z o.o., w warunkach gwarantujących pełną dyskrecję i ochronę przed dostępem do dokumentacji osób nieupoważnionych.
2. Osoba przeglądająca dokumentację medyczną nie ma możliwości wyniesienia dokumentacji poza przeznaczone do tego celu pomieszczenie.
3. W przypadku upoważnienia do złożenia wniosku lub odbioru dokumentacji osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej, do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie dla tej osoby.
4. Przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta składa oświadczenie, że dysponuje pełną, nieograniczoną władzą rodzicielską nad małoletnim pacjentem.
5. Administratorem danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Stomatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach sp. z o.o.
6. Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.
8. Szczegółowa informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie internetowej spółki w zakładce – Klauzule informacyjne.
9. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej określona jest Zarządzeniem Prezesa Zarządu, którego aktualna treść dostępna jest na stronie internetowej.