

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość, dnia

.....
Numer PESEL

Indywidualna Praktyka Lekarska Artur Groszek
ul. Harnasie 10/55, 20-857 Lublin

Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisana/y niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej/
dokumentacji medycznej mojego dziecka - imię i nazwisko dziecka, numer PESEL
dziecka.....*, w formie:

- kserokopii,
- do wglądu,
- odpisu,
- kopii na elektronicznym nośniku danych w formacie pliku PDF,
- przesłanego skanu w formacie pliku PDF na adres mailowy*

w całości / w części w okresie, od do

Dokumentację medyczną*:

- odbiorę osobiście;
- proszę przesłać na wskazany adres korespondencyjny:.....;
- proszę przesłać na wskazany przeze mnie adres e-mail:

***niepotrzebne skreślić**

W przypadku przesyłania dokumentacji na wskazany adres e-mail, w razie zmiany adresu e-mail lub podanego numeru telefonu zobowiązuję się do osobistego i bezpośredniego powiadomienia Indywidualną Praktykę Lekarską Artur Groszek o nowym adresie. Oświadczam, że zostałam poinformowana/y oraz jestem świadoma/y ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną. Zostałam poinformowany/a, że przesyłane mailem pliki będą zabezpieczone hasłem dostępowym, które zostanie przekazane SMS na podany numer telefonu:.....

Zastosowane hasło będzie zawierało co najmniej 8 znaków, duże i małe litery, cyfry i znaki specjalne.

Zostałam (-em) poinformowany, iż pierwsza kopia udostępnionej mi dokumentacji medycznej, zostaje przekazana mi nieodpłatnie. Za każdą kolejną kopię dokumentacji medycznej może zostać pobrana stosowna opłata wynikająca z czynności administracyjnych związanych z przygotowaniem dokumentacji do udostępnienia.

Zapoznałam(-em) się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej i przed jej odebraniem lub przesłaniem ureguluję koszty związane z jej udostępnieniem.

.....
data, podpis wnioskodawcy

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Indywidualna Praktyka Lekarska Artur Groszek** w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej, w szczególności adresu korespondencyjnego i/lub adresu poczty elektronicznej.

.....
data, podpis wnioskodawcy

Adnotacje

pieczęćka jednostki

Dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia

.....

data, podpis wnioskodawcy

Sporządzono kopię:

Odpis dokumentacji medycznej: stron koszt:

Kserokopię dokumentacji medycznej: stron koszt:

Na elektronicznym nośniku danych formie skanu w pliku PDF: sztuk: koszt:

Przesłano na wskazanego maila w formie skanu w pliku PDF: stron: koszt:

Zapłaćta: data

Odebrano dokumentację medyczną dnia:

Odebrałem dokumentację medyczną osobiście w dniu

.....

data, podpis wnioskodawcy

.....

data, podpis pracownika sporządzającego