



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Tychy, dnia

I Dane osoby składającej wniosek

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania*)

II Osoba zgłaszająca wniosek jest: *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- ☐ Pacjentem ☐ Przedstawicielem ustawowym pacjenta
☐ Osobą upoważnioną przez pacjenta ☐ Osobą bliską dla zmarłego pacjenta**

III Dane Pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Numer PESEL

IV Zakres wnioskowanej dokumentacji

1. Dotyczy leczenia we wskazanych poradniach/oddziałach/pracowniach Szpitala Miejskiego w Tychach Sp. z o. o.

- ☐ Oddział *(jaki?)*
☐ POZ/NiŚOZ
☐ Poradnia specjalistyczna *(jaka?)*
☐ Pracownia endoskopii
☐ inne:

2. Dotyczy leczenia w okresie (wskazać daty wizyt/ hospitalizacji)

3. Dotyczy *(proszę zaznaczyć właściwe)*:

- ☐ Wskazanych rodzajów dokumentów medycznej/historii choroby ☐ Całości dokumentacji
(jakich?).....

V Sposób udostępnienia dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe):

- ☐ poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres e-mail:
- ☐ poprzez sporządzenie kserokopii
- ☐ poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych

Czy dokumentacja ma posiadać poświadczenie za zgodność z oryginałem? TAK / NIE

VI Sposób odbioru dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe):

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie niżej upoważniona
tj. (wpisać imię, nazwisko, nr telefonu, nr dowodu osobistego osoby którą upoważniamy)
.....
- ☐ proszę o przesłanie listem poleconym na podany w pkt I adres.
- ☐ proszę o zaszyfrowanie i przesłanie na wskazany w pkt V adres e-mail.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

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

Potwierdzam odbiór dokumentacji w dniu - -

.....
(podpis osoby odbierającej dokumentację)

* pozycja nieobowiązkowa – jednak niepodanie może utrudnić kontakt, uniemożliwić przesłanie listownie lub elektronicznie

**osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Szanowna Pani / Szanowny Panie, zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Miejski w Tychach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą w Tychach przy ul. Cichej 27, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym Katowice-Wschód w Katowicach pod numerem 0000315807, o wysokość kapitału zakładowego 328 000,00 zł, posiadająca nr NIP 646-28-32-413, www.szpitalmiejskitychy.pl. W sprawach dotyczących ochrony danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych: iod@szpitalmiejskitychy.pl. Szczegółową informację dotyczącą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych znajdzie Pani/Pan w rejestracji (prosząc pracownika rejestracji o udostępnienie pełnej informacji dotyczącej RODO); w sekretariacie (prosząc pracownika sekretariatu o udostępnienie pełnej informacji dotyczącej RODO); na stronie internetowej Administratora: www.szpitalmiejskitychy.pl.