

Toruń, dnia.....

Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Adres

Tel. kontaktowy(*opcjonalnie*).....

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania.....

Nr Pesel

dotyczącej leczenia w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika:

.....
(podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu i datę pobytu lub okres za jaki ma być udostępniona)

obejmującej.....
(historie choroby, historie zdrowia i choroby, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, wyniki badań-podać jakich badań)

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- ☐ w formie kopii
- ☐ na elektronicznym nośniku danych (zdjęcie RTG)
- ☐ inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z art.28 ust.21 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję zasady udostępniania dokumentacji medycznej określone w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. z późn. zm.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest na stronie internetowej: www.med.torun.pl

.....
Podpis Wnioskodawcy*

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

* Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.