

WNIOSEK o udostępnienie dokumentacji medycznej

DANE WNIOSKODAWCY ubiegającego się o wydanie dokumentacji

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

adres zamieszkania

nr telefonu

Działając:

- w imieniu własnym
- rodzic,
- inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy
- opiekun prawny
- opiekun faktyczny
- osoba upoważniona

WNIOSKUJE O:

- sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność oryginałem
- wydania kopii wyników badań
- wydania wyników badań osobie upoważnionej
- wydanie oryginału dokumentacji medycznej (tylko w przypadku gdy firma przestanie istnieć)
- udostępnienia dokumentacji medycznej do wglądu
- kserokopia na własny użytek/ do Urzędu Skarbowego/ ZUS-u/ inne.....

DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba iż PACJENT)

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

adres zamieszkania

nr telefonu

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- Poradnia ginekologia/fizjoterapia/ neurochirurgia/ ortopedia/ podologia* (*niepotrzebne skreślić)
- Okres leczenia
- Całość dokumentacji

WNIOSKOWANĄ DOKUMNTACJĘ

- odbiorę osobiście
- wysyłka kurierem (zamawia pacjent)
- odbierze osoba upoważniona: Imię i NazwiskoPESEL.....

- potwierdzam zapoznanie się z Klauzulą informacyjną RODO

.....
(Data i podpis Wnioskodawcy)

Data i czytelny (własnoręczny) podpis WNIOSKODAWCY

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Data i podpis Lekarza/ Administratora akceptującego wydanie dokumentacji

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 i 14 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych klauzulą informacyjną wynikającą z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe będą przetwarzane przez **RENORT Usługi Medyczne Imroth, Piotrowski, Sp. J. z siedzibą w Warszawie przy ul. Teligi 5, KRS 0000666348 będącej Administratorem Danych**.

Z Administratorem można się kontaktować pisemnie za pomocą poczty tradycyjnej na adres: ul. Teligi 5, 02-777 Warszawa lub przez e-mail: rejestracja@renort.pl. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (art. 37 ust 1 lit a RODO), z którym można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: RENORT ul. Teligi 5, Warszawa 02-777 lub email: iod@renort.pl

Podanie moich danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne **do uzyskania dokumentacji medycznej** i wynika z przepisów prawa. Ponadto mam prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania, prawo przenoszenia danych, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody (art. 6 ust 1 lit a RODO) przed jej cofnięciem a także mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi

Poinformowano mnie, że pełna treść klauzuli dostępna jest w Recepcji placówki oraz na stronie internetowej www.renort.pl w zakładce *polityka prywatności*.

POTWIERDZENIE ZAPOZNANIA SIĘ Z KLAZULĄ INFORMACYJNĄ

Niniejszym potwierdzam zapoznanie się z w/w informacją

.....
(Data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

POTWIERDZENIE OBIORU WNOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Niniejszym kwituję odbiór zamawianej przeze mnie dokumentacji medycznej.

.....
(Data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Dokumentacja:

o wysłana kurierem na wskazany adres w dniu:

o odebrana osobiście przez pacjenta,

o odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:

- upoważnienie w dokumentacji medycznej,
- upoważnienie w niniejszym wniosku,
- odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Data i podpis pracownika

W przypadku braku akceptacji Wnioskodawca otrzymuje pisemne uzasadnienie odmowy

.....