

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Nr wniosku nadany przez Kancelarię Przychodni: /

Dane Wnioskodawcy¹⁾:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Telefon :

Zarząd

NZOZ Przychodnia Lekarska „Nord Med” sp. z o. o.

Częstochowa, Michałowskiego 6

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

Poradnia :

Pacjent:

PESEL:

Zakres żądanych danych:

.....
.....

poprzez:

- wgląd w siedzibie Przychodni z możliwością wykonania zdjęć i notatek
- przesłanie skanu na adres mailowy
- sporządzenie kopii/odpisu/wyciągu²⁾; w wersji papierowej / na nośniku danych (płyta CD)²⁾

Sposób odbioru dokumentacji:

- odbiór osobisty
- przez osobę upoważnioną:
(imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz danych kontaktowych w postaci adresu e-mail i/lub numeru telefonu zawartych w moim wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej w celu jego rozpatrzenia oraz innych działań niezbędnych do jego realizacji.

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy

Akceptacja Administratora Danych:

.....

.....
(data i podpis Administratora Danych)

Udostępniono do wglądu w dniu

Wydano w dniu zgodnie z wnioskiem:

- kopię/odpis/wyciąg/wydruk/skan na nośniku danych²⁾ dokumentacji
- przesłano za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres:.....

Pani / Panu legitymującej/ -emu się dowodem osobistym o numerze

Pobrano opłatę z tytułu udostępnienia dokumentacji w wysokości

.....
(podpis i pieczęć Kierownika Kancelarii)

-
- ¹⁾ w przypadku działania na podstawie upoważnienia do wniosku należy dołączyć upoważnienie
 - ²⁾ niepotrzebne skreślić