



Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu
 39-400 Tarnobrzeg, ul. Szpitalna 1
 tel.: 15 812 30 00
 e-mail: sekretariat@szpitaltbg.pl

Część A

....., dnia

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej nr /^{*)} pierwszej / kolejnej (właściwe podkreślić)

Dokumentacja medyczna pacjenta dotyczy (właściwe zaznaczyć X)

☐ Oddział Szpitala ☐ Poradnia ☐ Centrum Onkologiczne ☐ Zakład Diagnostyki Obrazowej

1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy (drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko:

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:, e-mail:

2. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ (wypełnić, jeśli inne niż powyżej - drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko:

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:, e-mail:

3. Osoba zgłaszająca wniosek jest (właściwe zaznaczyć X)

☐ Pacjentem ☐ Przedstawicielem ustawowym Pacjenta
☐ Osobą upoważnioną przez Pacjenta ☐ Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta^{**)}

4. Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu/badania)

.....

5. Rodzaj dokumentacji medycznej (właściwe zaznaczyć X)

☐ Całość ☐ Historia choroby ☐ Karta informacyjna ☐ Wyniki badań,
☐ Inne.....

za okres od: do

6. Proszę o udostępnienie (właściwe zaznaczyć X)

☐ do wglądu ☐ wyciągu ☐ odpisu ☐ kserokopii
☐ wypożyczenie oryginału^{***)} ☐ wyniku badania (CD) ☐ skan i przesłanie drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail

7. Dokumentację medyczną (właściwe zaznaczyć X)

☐ odbiorę osobiście ☐ odbierze osoba upoważniona ☐ proszę o przesłanie dokumentacji pod wskazany adres zamieszkania

8. Wnioskuje o wydanie dokumentacji medycznej określonej w pkt 5 w celu (właściwe zaznaczyć X)

☐ dalszego leczenia, w innym podmiocie leczniczym ☐ niezwiązanym z dalszym leczeniem

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Wojewódzkim Szpitalu im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.

.....
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

^{*)} Wypełnia pracownik Szpitala przyjmujący wniosek.

^{**)} Osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

^{***)} Szpital udostępnia oryginał dokumentacji medycznej: a) podmiotom uprawnionym, b) w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, c) w przypadku wniosku o udostępnienie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy.

Część B**I. Adnotacje pracownika Szpitala dotyczące udostępnienia dokumentacji (właściwe zaznaczyć X)**

☐ **Odmowa udostępnienia** (proszę zaznaczyć w przypadku odmowy udostępnienia X)

.....

 (przyczyna odmowy)

☐ **Udostępnienie dokumentacji medycznej**

☐ **Wniesiono opłatę** (gotówka/przelewem*) w wysokości..... zł; nr paragonu fiskalnego/faktury VAT*):

1. Potwierdzam wydanie (właściwe zaznaczyć X)

☐ wydanie dokumentacji medycznej

☐ udostępnienie dokumentacji do wglądu

.....
 (data, podpis i pieczęć pracownika wydającego/udostępniającego dokumentację)

2. Potwierdzam udostępnienie (właściwe zaznaczyć X)

☐ odbiór dokumentacji medycznej

☐ udostępnienie dokumentacji do wglądu

.....
 (data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

II. Udostępnienie oryginału dokumentacji**1. Potwierdzenie wypożyczenia i zwrotu oryginału dokumentacji:**

Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu.

.....
 (data i czytelny podpis osoby, której wypożyczono oryginał dokumentacji)

Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji.

.....
 (data, podpis i pieczęć pracownika wydającego/udostępniającego dokumentację)

2. Inne adnotacje:

.....

Klauzula informacyjna**dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu, ul. Szpitalna 1, 39-400 Tarnobrzeg, adres e-mail: sekretariat@szpitaltbg.pl; tel. 15 812 30 01; tel./fax 15 812 32 63.

Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawach ochrony danych osobowych i realizacji swoich praw pisząc na adres e-mail: iod@szpitaltbg.pl, pisząc na adres siedziby szpitala wskazany w ust.1 lub osobiście w siedzibie Szpitala.

Klauzula informacyjna dla pacjenta o przetwarzaniu danych osobowych i prawach z tym związanych dostępna jest na stronie internetowej www.szpitaltbg.pl.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

*) niepotrzebne skreślić