



Podbukami 'BIEL-MED' sp. z o.o.
43-300 Bielsko-Biała, ul. Szara 5
KRS:0000003804 NIP 547-19-38-501 REGON 072696793

adres e-mail: biuro@szpitalpodbukami.pl
tel.: (33) 4963364
www.szpitalpodbukami.pl

Bielsko-Biała, dnia.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE WNIOSKODAWCY (WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI):

Imię i Nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania - miasto: ul.: nr:

Kod pocztowy: poczta: woj.:

Telefon kontaktowy: e-mail:

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA

Imię i Nazwisko: PESEL

3. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć x we właściwej rubryce):

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

4. WNIOSKUJĘ O: (proszę zaznaczyć x we właściwej rubryce):

- UDOSTĘPNIENIE DO WGLĄDU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
- WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ w postaci:
 - kserokopii
 - odpisu
 - wyciągu
 - wydruku
 - na informatycznym nośniku danych

5. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA (proszę podać nazwę nazwa oddziału / poradni / pracowni** oraz okres leczenia)w okresie oddo

wyniki badań (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- RTG: płyta CD opis
- TK: płyta CD opis
- RM: płyta CD opis

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

6. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście/przez osobę upoważnioną** w "BIEL-MED" sp. z o.o.
ul. Szara 5 w Bielsku-Białej
- Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na
adres określony w pkt.1 za pobraniem (obejmującym koszty przesyłki wg. stawek Poczty Polskiej.)
- Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać e-mailem na adres mailowy określony w pkt.1
- Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana:
legitymującą się dowodem osobistym nr:

Oświadczam, iż zapoznałam/ em się z obowiązującym w "BIEL-MED" **kosztami wysyłki za pobraniem – w kwocie 17,00 zł (słownie – SIEDEMNAŚCIE ZŁOTYCH)**. W przypadku nieodebrania przesyłki koszt zostanie powiększony o kwotę zwrotu do nadawcy, tj. **9,50 zł**.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- 1) Potwierdzam odbiór wnioskowanej *kserokopii/odpisu/wyciągu/wydruku dokumentacji medycznej/ zdjęcia (płyty) RTG, TK, RM ***

.....
(data)

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy /osoby upoważnionej)

.....
(nr dokumentu tożsamości wnioskodawcy /osoby upoważnionej)

.....
(podpis wnioskodawcy /osoby upoważnionej)

- 2)Wysłano listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru:

.....
(nr nadawczy)

.....
(dnia)

* podst. prawna: Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

** niepotrzebne skreślić