

Knurów, dnia.....

Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie
ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów

WNIOSEK O WGLĄD DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami

1. 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

2. Dane Wnioskodawcy o wgląd do dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu uprawnionego

.....

PESEL/NIP:.....

Adres zamieszkania/siedziba:.....

Numer telefonu kontaktowego:

3. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

4. Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa przychodni / poradni / pracowni:
- okres leczenia:
- historia zdrowia i choroby; wyniki badań; inne.....

Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie z siedzibą: 44-190 Knurów, ul. Niepodległości 8. Dane są przetwarzane w celu realizacji „Wniosku o wgląd do dokumentacji medycznej”, nie będą one przekazywane do państw trzecich. Decyzje o ich przetwarzaniu nie są podejmowane w sposób zautomatyzowany.

Mają Państwo prawo wglądu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej), ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w procesie przetwarzania danych mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych).

Dane kontaktowe:

- Inspektor Ochrony Danych Osobowych: iod@zozknurów.pl
- Administrator Danych Osobowych: sekretariat@zozknurów.pl

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Dokumentację do wglądu udostępniono dnia

.....
(data i podpis osoby udostępniającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby oglądającej dokumentację)