

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI)

1. DANE WNIOSKODAWCY:

IMIĘ I NAZWISKO: NR TEL:

PESEL:

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

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....
.....

ADRES DO KORESPONDENCJI:

.....
.....

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA: (wypełnić w przypadku, gdy inne niż powyżej)

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

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

3. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

HISTORIA CHOROBY

KOPIĘ ZDJĘĆ RTG NA PŁYTCIE CD*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Z CAŁEGO OKRESU LECZENIA W USOR W ZAKOPANEM | <input type="checkbox"/> Z CAŁEGO OKRESU LECZENIA W USOR W ZAKOPANEM |
| <input type="checkbox"/> Z OKRESU: | <input type="checkbox"/> Z OKRESU: |
| <input type="checkbox"/> Z OSTATNIEJ WIZYTY W PORADNI ORTOPEDYCZNEJ | <input type="checkbox"/> Z OSTATNIEJ WIZYTY W PORADNI ORTOPEDYCZNEJ |

* Zdjęcia w technologii cyfrowej dostępne od października 2011 roku, RTG wykonane analogowo wymagają przetworzenia

4. W ZAŁĄCZENIU KSEROKOPIA DOWODU OSOBISTEGO WNIOSKODAWCY (DOTYCZY WYŁĄCZNIE OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSEK ZA POŚREDNICTWEM POCZTY)

5. ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ ODBIORĘ OSOBIŚCIE
 WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ PROSZĘ WYŚLAĆ NA WW. ADRES ZA ZALICZENIEM POCZTOWYM
 UPOWAŹNIAM DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PANIĄ/PANA:

....., PESEL:

Oświadczam, iż zapoznałam/ em się z obowiązującym w Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym w Zakopanem **CENNIKIEM UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI**, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kserokopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej oraz pokrycia kosztów wysyłki za pobraniem zgodnie z aktualnym cennikiem Poczty Polskiej S.A.

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27.04.2016 r. (tzw. RODO) wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno - Rehabilitacyjny w Zakopanem (USOR) w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii / poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt / hospitalizacji jak również informacji o medycznej działalności USOR. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku jej rozliczalności. Zostałem poinformowany o tym, że dane zbierane są przez USOR, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane podmiotom nieuprawnionym.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

POTWIERDZAM ODBIÓR WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI

.....
czytelny podpis odbierającego