

ISO 9001 ISO 27001	Prywatna Klinika WIDENT-	
	WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Numer: PR1_PJ1_zal1
KAT. JAW. II. WEWNĘTRZNE		

1. DANE PACJENTA (osoby, której dotyczy wniosek)

IMIĘ I NAZWISKO: _____ **PESEL:** _____
ADRES: _____ **NR TEL:** _____

Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym nr..... zwracam się z prośbą do Dyrektora Prywatnej Kliniki Wident w Bydgoszczy, o wydanie kopii/odpisu/oryginału (*właściwie zaznaczyć*) dokumentacji medycznej znajdującej się w Państwa posiadaniu, która dotyczy mojej osoby,

w _____ zakresie:

(dokładnie określić rodzaj dokumentacji i zakres)

Data i podpis wnioskującego

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

2. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTU

Stwierdzam zgodność wydanej kopii z oryginałem	Potwierdzenie odebrania kserokopii dokumentacji
_____ <i>Data i podpis osoby upoważnionej</i>	_____ <i>Data i podpis osoby upoważnionej</i>

Dokument wydano dnia : _____ Podpis pracownika _____

3. UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany: _____ (imię i nazwisko)

Upoważniam: _____ (imię i nazwisko) legitymującego się dowodem osobistym

seria _____ numer _____ do odbioru dokumentacji wymienionej w 1 części niniejszego formularza z Prywatnej Kliniki Wident w Bydgoszczy.

Podpis wnioskującego

Administratorem danych osobowych zawartych w „WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ” jest Prywatna Klinika Wident z siedzibą przy ul. Szubińskiej 93-95, 85-312 Bydgoszcz. Podane w „WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ” dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji świadczeń medycznych . Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie Rozporządzenia 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) oraz na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku o udzielenie zapomogi losowej bądź socjalnej. W przypadku niepodania danych wniosek nie będzie mógł być rozpatrzony. Dane osobowe, które zostały podane przez Panią/Pana w „WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ” przechowujemy przez okres zgodny z wymaganiami określonymi w Ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, żądanie zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych osobowych. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza obowiązujące w tym zakresie przepisy, może Pani/Pan wnieść skargę do organu nadzorczego, w zakresie kontroli przetwarzania danych osobowych. Administrator może przekazać dane osobowe organom uprawnionym, tj. Urzędowi

Skarbowemu oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Ponadto dane zawarte we Wniosku Administrator może przekazywać wyłącznie dwóm grupom odbiorców: osobom upoważnionym, tj. pracownikom i współpracownikom, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki, podmiotom przetwarzającym którym Administrator zlecił czynności wymagające przetwarzania danych, tj. firmom zajmującym się obsługą informatyczną. Informacje dotyczące przetwarzania swoich danych osobowych może Pani/Pan uzyskać kontaktując się z Administratorem Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej, wysyłając zapytanie na adres e-mail: info@wident.eu lub bezpośrednio w siedzibie Administratora danych: ul. Szubińska 93-95, 85-312 Bydgoszcz. Jeżeli Pani/Pan uzna, iż przetwarzanie danych narusza przepisy prawa, wówczas ma Pani/Pan prawo wniesieni skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

*Niniejszy dokument jest własnością KLINIKI WIDENT w Bydgoszczy.
Żadna część niniejszego dokumentu nie może być zmieniana ani kopiowana bez zgody Pełnomocnika ds.
ZSZ*

Strona 1 z 1