

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta Beskidzkiego Centrum Onkologii-Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej

I. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko.....
 Adres zamieszkania.....
 Rodzaj, seria i nr dowodu tożsamości.....
 Telefon kontaktowy.....

II. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko.....
 Pesel.....
 Adres zamieszkania.....

III. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie (właściwe zakreślić):

kopii na informatycznym nośniku danych

na adres e- mail:(z uwzględnieniem treści oświadczenia zamieszczonego poniżej(*))

z leczenia w:

- poradniach specjalistycznych obejmującej okres od..... do.....
 oddziałach szpitalnych obejmującej okres od..... do.....
 izbach przyjęć obejmującej okres od..... do.....

IV. Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

.....
 data, czytelny podpis wnioskodawcy

.....
 data, podpis pracownika wydającego

.....
 data, czytelny podpis odbierającego

*ŻĄDANIE PRZESŁANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

Ja, niżej podpisany/a: w związku z żądaniem
 przeze mnie przesłania kopii dokumentacji medycznej, na podany przeze mnie adres e-mail:
 oświadczam, że wskazany przeze mnie adres e-mail jest moim adresem
 poczty elektronicznej oraz został wpisany poprawnie.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną.

Bielsko - Biała, dnia:

Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę:

załączniki:

-
-
-

dokumenty okazane do wglądu przez wnioskodawcę i zweryfikowane przez pracownika:

-
-
-