WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Miejscowość: ..... Data: .....

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko	
Numer PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego	

2. Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek (wypełnić w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna niż Pacjent, np. osoba upoważniona lub opiekun):

Imię i nazwisko	
Numer PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego	

3. Forma dokumentacji:	☐ kopia/wydruk	☐ wyciąg	☐ odpis
4. Nośnik:	☐ wersja papierowa	☐ nośnik informatyczny	☐ wersja elektroniczna
5. Zakres dokumentacji:	☐ całość	☐ wybrany zakres: ***(Należy podać dodatkowe informacje co do formy oraz zakresu, np. daty, wybranych specjalistów, wybranych placówek CM MAVIT.)***	

6. Potwierdzenie za zgodność z oryginałem:	☐ TAK	☐ NIE

7. Sposób odbioru dokumentacji:

☐	Odebrana osobiście przez Wnioskodawcę lub osobę upoważnioną* w placówce
☐	Odebrana przez osobę wskazaną w „Upoważnieniu jednorazowym do odbioru dokumentacji medycznej”
☐	Przesłana na adres e-mail:
☐	Przesłana pocztą, listem poleconym na adres:

Zgodnie z upoważnieniem znajdującym się w dokumentacji medycznej.

Zostałem/-am poinformowany/-a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e-mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej – zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu.
Zostałem/-am poinformowany/-a, że w przypadku nieodebrania przygotowanej kopii/wydruku dokumentacji medycznej w ciągu 3 miesięcy liczonych od dnia jej przygotowania, kopia/wydruk zostanie zniszczona.

Podpis pracownika CM MAVIT przyjmującego wniosek	Podpis osoby składającej wniosek

Administratorem Twoich danych osobowych jest Centrum Medyczne MAVIT Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (01-673) przy ul. Podleśnej 61 (dalej jako: CM MAVIT). Wszelkie informacje na temat przetwarzania Twoich danych osobowych oraz przysługujących Ci praw znajdziesz na naszej stronie www.mavit.pl w zakładce „Dane osobowe”. W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z ochroną danych osobowych prosimy o kontakt z inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: daneosobowe@luxmed.pl.