

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:	<input type="checkbox"/> kopia/wydruk	<input type="checkbox"/> wyciąg	<input type="checkbox"/> odpis				
4. Nośnik:	<input type="checkbox"/> wersja papierowa	<input type="checkbox"/> nośnik informatyczny	<input type="checkbox"/> wersja elektroniczna				
5. Zakres dokumentacji	<input type="checkbox"/> całość			<input type="checkbox"/> wybrany zakres:			
				<small>(należy podać dodatkowe informacje co do formy oraz zakresu, np. daty, wybranych specjalistów, wybranych placówek LUX MED Szpital MAVIT)</small>			

6. Potwierdzenie za zgodność z oryginałem:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
---	------------------------------	------------------------------

7. Sposób odbioru dokumentacji:	<input type="checkbox"/> Odebrana osobiście przez Wnioskodawcę lub osobę upoważnioną* w placówce		
	<input type="checkbox"/> Odebrana przez osobę wskazaną w „Upoważnieniu jednorazowym do odbioru dokumentacji medycznej”		
	<input type="checkbox"/> Przesłana na adres e-mail:		
	<input type="checkbox"/> 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 LUX MED Szpital MAVIT
wydającego dokumentację

.....
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.