



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

numer karty – wypełnia personel

.....
data złożenia wniosku

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej: *(właściwe zakreślić)*
własnej/dziecka/osoby pod opieką prawną
pełnej/częściowej w zakresie:

.....

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

.....

Zamówioną dokumentację medyczną: *(właściwe zakreślić/wypełnić)*

- Odbiorę osobiście
- Upoważniam do odbioru
- Proszę o przesłanie na adres (mailowy/zamieszkania)

.....

(Podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....

(Podpis osoby składającej wniosek)

POTWIERDZENIE ODBIORU KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Niniejszym kwituję odbiór zamawianej dokumentacji medycznej.

.....

(Numer i seria dokumentu tożsamości)

.....

(Data i podpis osoby odbierającej dokumentację)



Upoważniam Pana/Panią
data urodzenia lub PESEL
do odbioru zamówionej kserokopii mojej dokumentacji medycznej.

Zgoda jest jednorazowa.

Zobowiązuje się przekazać osobom, których dane wskazałem powyżej informację, że ich dane osobowe w zakresie podanym przeze mnie będą przetwarzane przez administratora danych osobowych CM Babka Medica Sp. z o.o. w celu umożliwienia im uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej. Przysługuje im prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych. Jeżeli uznają, że przetwarzanie danych osobowych odbywa się z naruszeniem przepisów prawa, mają prawo złożyć skargę do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Więcej informacji znajduje się na stronie: <https://babkamedica.pl/politykaprywatnosci/>.

Upoważniam Centrum Medyczne Babka Medica
do przesłania wybraną drogą pocztową kserokopii dokumentacji medycznej na niżej wskazany adres:

Adres e-mail:
(prosimy wpisać adres e-mail)

*W przypadku wybrania drogi mailowej prosimy o podanie numeru telefonu na który zostanie przesłane hasło do dokumentacji:

Adres pocztowy:
.....
.....
(prosimy wpisać adres pocztowy)

Jednocześnie oświadczam, iż zrzekam się wszelkich roszczeń do Centrum Medycznego Babka Medica w przypadku wystąpienia ewentualnych skutków wynikających z przesłania informacji o moim stanie zdrowia, wskazaną przez mnie powyżej formą korespondencji.

.....
(Data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

.....
(Podpis pracownika przychodni)