

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI I ZAZNACZYĆ X W ODPOWIEDNICH KWADRATACH

Dane wnioskodawcy:

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Numer telefonu

.....
Adres / adres e-mail w przypadku wniosku o przesłanie dokumentacji pocztą tradycyjną / drogą elektroniczną

Działając: w imieniu własnym

lub jako: rodzic osoba upoważniona

opiekun prawny opiekun faktyczny

zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej Pacjenta:

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Okres, za jaki dokumentacja ma być wydana (od dnia, do dnia)

.....
Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia zdrowia i choroby, wyniki badań itp.)

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w następującej formie:

- wgląd do dokumentacji medycznej
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej
- przesłanie dokumentacji medycznej drogą elektroniczną
- przesłanie dokumentacji medycznej pocztą tradycyjną na wskazany powyżej adres i na mój koszt (przesyłka za pobraniem)

Oświadczam, że żądając wydania dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej zostałem(am) poinformowany(a) o zagrożeniach przesyłania danych drogą elektroniczną.

Przyjmuję do wiadomości, że Romana Borkowska, prowadząca działalność pod nazwą ALERGO-MED Poradnia Specjalistyczna, jest administratorem danych osobowych, dotyczących mojej osoby dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych. Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania. Zapoznałem(am) się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO (dostępnym na stronach alergo-med.com i badania.lotniczolekarskie.pl oraz na tablicach informacyjnych przychodni ALERGO-MED).

.....
Data i podpis

Podanie danych teleadresowych jest dobrowolne i oznacza zgodę na kontakt ze strony ALERGO-MED w związku z realizacją powyższego wniosku. Brak tych danych może skutkować brakiem możliwości realizacji wniosku.