

# WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(pola oznaczone kolorem szarym wypełnia pracownik)

**Zleceniobiorca:**

**Wnioskodawca:**

Wojewódzka Stacja  
Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie,  
ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków  
NIP: 677-10-27-767, Regon: 000297394

(nazwisko i imię osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej)

Data przyjęcia próbek	Kody próbek
.....	BA/...../.....
.....	BA/...../.....
.....	BA/...../.....
.....	Rok .....

**Zlecam udostępnienie dokumentacji medycznej, tj. sprawozdania z badań w kierunku** (zaznaczyć X/wpisać właściwie):

Nosicielstwa pałeczek z rodzaju Salmonella i Shigella	Inne .....
---	------------

**Dane pacjenta (proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)**

**Telefon kontaktowy** .....  
(opcjonalnie)

<b>Nazwisko</b>	
<b>Imię</b>	
<b>PESEL</b>	

w przypadku braku numeru PESEL, podać datę urodzenia      -      -      -       
*r r r r m m d d*

**Rok wykonania badania:**      -      -           **Miejsce oddania próbek do badania:** .....

Zgodnie z ustawą z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w przypadku udostępniania pacjentowi dokumentacji medycznej po raz pierwszy nie pobiera się opłaty.

Zlecam wykonanie odpisu sprawozdania z badań po raz pierwszy (zaznaczyć X):

TAK       (\*) NIE       NIE WIEM

(\*)Przy kolejnych wnioskach w żądanym zakresie za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest opłata zgodna z Załącznikiem nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego WSSE w Krakowie. Kwotę należy ustalić z pracownikiem i dokonać jej przelewem na konto przed odbiorem odpisu.

**Sposób płatności:**

**Przedpłata przelewem na rachunek bankowy 85 1010 1270 0037 0822 3100 0000, NBP O/O Kraków.**

**Tytuł przelewu: Odpis sprawozdania z badań nazwisko i imię osoby badanej.**

**Ze zleceniem proszę dostarczyć wydrukowane potwierdzenie przelewu.**

**Faktura** (zaznaczyć właściwe X) TAK  NIE

**Dane do faktury:** .....  
(nazwa, adres, NIP)

**Pacjent został poinformowany przez Zleceniobiorcę, że:**

1. Przetwarzanie danych osobowych przez WSSE w Krakowie dla celów sanitarno-epidemiologicznych odbywa się zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)
2. Zobowiązany jest do poinformowania osoby upoważnionej do odbioru odpisu sprawozdania z badań, że treść informacji Administratora, dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest w Punkcie Przyjmowania Próbek oraz na stronie <https://www.gov.pl/web/wsse-krakow/ochrona-danych-osobowych>
3. Ma zagwarantowaną poufność wyników badań oraz ochronę praw własności
4. Ma prawo do złożenia skargi do Dyrektora WSSE w Krakowie, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków

**Pacjent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z ceną za udostępnienie dokumentacji medycznej i w tym zakresie nie wnosi zastrzeżeń
2. Został poinformowany, że dane zawarte w dokumentacji medycznej są zgodne z danymi przechowywanymi w laboratorium i nie mogą być zmieniane
3. Zapoznał się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, dostępną w Punkcie Przyjmowania Próbek oraz na stronie <https://www.gov.pl/web/wsse-krakow/ochrona-danych-osobowych>

**Do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam:**

.....  
Imię i nazwisko; rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości

.....  
**Data i czytelny podpis pacjenta**

**Potwierdzam odbiór odpisu sprawozdania z badań**

.....  
**Data i czytelny podpis**

.....  
**Data i podpis pracownika**