

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

(pola oznaczone kolorem szarym wypełnia pracownik)

**Zleceniobiorca:**

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

**Wnioskodawca:**

.....  
.....  
(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	<input type="checkbox"/>	Inne .....	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	------------	--------------------------

**Dane pacjenta (proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)**Telefon kontaktowy .....  
(opcjonalnie)

Nazwisko	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>

w przypadku braku numeru PESEL, podać datę urodzenia                 -         -        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:

- 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)
- 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>
- Ma zagwarantowaną poufność wyników badań oraz ochronę praw własności
- Ma prawo do złożenia skargi do Dyrektora WSSE w Krakowie, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków

Pacjent oświadcza, że:

- Zapoznał się z ceną za udostępnienie dokumentacji medycznej i w tym zakresie nie wnosi zastrzeżeń
- Został poinformowany, że dane zawarte w dokumentacji medycznej są zgodne z danymi przechowywanymi w laboratorium i nie mogą być zmieniane
- 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**