# WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(pola oznaczone kolorem szarym wypełnia pracownik)

| **Zleceniobiorca:** | **Wnioskodawca:** | **Kody próbek** |
|---|---|---|
| Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków NIP: 677-10-27-767 Regon: 000297394 | ……..…<br>……<br>*(nazwisko i imię osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej)* | **Data przyjęcia wniosku** ……..<br>BA/……../……..<br>BA/……../……..<br>BA/……../……..<br>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)**

**Nazwisko** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Imię** | | | | | | | | | | | | **PESEL** | | | | | | | | | | |

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

**Telefon kontaktowy / e-mail**…….....
*(opcjonalnie)*

**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 OSOBY ODBIERAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ**

……..…… ……
**Data i podpis PRACOWNIKA**