

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (wypełnia osoba upoważniająca)

Upoważnienie jednorazowe do odbioru dokumentacji dotyczy ¹	
wyniku badania:	
dokumentacji medycznej:	

Dane pacjenta, którego ww. dokumentacja dotyczy	
Imię i nazwisko	
Nr PESEL (lub data urodzenia, jeśli brak nr. PESEL)	

Oświadczenie osoby upoważniającej do odbioru ww. dokumentacji ¹	
<u>Ja, niżej podpisany/a</u>	
(powyżej imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/pacjenta pełnoletniego)	(powyżej nazwa i numer (seria) dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego/pacjenta pełnoletniego)
<u>upoważniam do odbioru ww. dokumentacji:</u>	
(powyżej imię i nazwisko osoby upoważnianej)	(powyżej nazwa i numer (seria) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby upoważnianej ²)

Autoryzacja oświadczenia o upoważnieniu do odbioru ww. dokumentacji	
Miejscowość, data	Czytelny podpis (imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/pacjenta pełnoletniego, składającego oświadczenie o upoważnieniu)
Kontakt telefoniczny/e-mail:	

WERYFIKACJA UPOWAŻNIENIA (wypełnia pracownik szpitala)

Udostępnienie ww. dokumentacji medycznej osobie upoważnionej ¹	
Zgoda na udostępnienie dokumentacji osobie upoważnionej	
W przypadku odmowy - uzasadnienie	
Data	Pieczętka i podpis pracownika

POTWIERDZENIE ODBIORU WW. DOKUMENTACJI (wypełnia osoba upoważniona)

Potwierdzam odbiór/udostępnienie do wglądu ww. dokumentacji	
Data	Czytelny podpis (imię i nazwisko osoby upoważnionej)

¹Wybór należy zaznaczyć, klikając w kratkę przed wybraną opcją (pojawi się znak „X”) lub ręcznie wpisując w kratce znak „X” na wydruku.

² Do odbioru dokumentacji medycznej konieczne jest okazanie dokumentu tożsamości przez osobę upoważnioną.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana na żądanie pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta (osoby upoważnionej) lub innych uprawnionych osób, organów i podmiotów, zgodnie z zapisami Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 06.11.2008 r. Po upływie okresów przechowywania określonych w Ustawie dokumentacja medyczna może być wydana pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej. Kontakt w sprawie dokumentacji archiwalnej: Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej Tel: (+48) 52 32 62 285; (+48) 500 063 060; E-mail: dokumentacjamedyczna@wsd.org.pl.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami (w tym: Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., ustawą o działalności leczniczej, ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentyisty). Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora Danych na stronie internetowej www.wsd.org.pl. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: iod@wsd.org.pl.