

PORADNIA SENS SP. Z O.O.

aleja 3 Maja 2/53, 00-391 Warszawa · KRS 0001152779 · NIP 5253033564 · REGON 540812607
tel. +48 784 423 024 · rejestracja@poradniasens.pl · poradniasens.pl · nr księgi RPWDL 000000302643

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

pacjent małoletni / przedstawiciel ustawowy · postać elektroniczna — dokumentacja przesyłana na adres e-mail

Udostępnianie dokumentacji medycznej jest w Poradni SENS bezpłatne — we wszystkich formach i przy każdym, także kolejnym, udostępnieniu.

Dane wnioskodawcy — przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko:.....

PESEL (a w razie jego braku — data urodzenia):.....

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

Adres e-mail (na ten adres zostanie przesłana dokumentacja):.....

Występuję jako: ☐ matka ☐ ojciec ☐ opiekun prawny ☐ inny przedstawiciel ustawowy

Dane pacjenta małoletniego, którego dotyczy dokumentacja:

Imię i nazwisko:.....

PESEL (a w razie jego braku — data urodzenia):.....

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego:

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym wyżej wymienionego pacjenta małoletniego, uprawnionym do dostępu do jego dokumentacji medycznej. Nie zostałem/-am pozbawiony/-a władzy rodzicielskiej (opieki) ani nie została ona ograniczona lub zawieszona w zakresie objętym niniejszym wnioskiem; stan ten jest zgodny z oświadczeniami złożonymi w dokumentacji medycznej pacjenta.

Uwaga: z chwilą osiągnięcia przez pacjenta pełnoletności prawa wykonuje wyłącznie pacjent — upoważnienia i zgody złożone przez przedstawicieli ustawowych wygasają.

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej:

w postaci elektronicznej (plik PDF / odwzorowanie cyfrowe), przesyłanej na wskazany adres e-mail.

Zakres i rodzaj dokumentacji:

Osoba udzielająca świadczeń (jeżeli dotyczy):.....

Okres leczenia (od – do):.....

Zakres:

☐ całość dokumentacji

☐ wskazany zakres:.....

Zgoda na przesłanie dokumentacji pocztą elektroniczną:

☐ Wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty elektronicznej, na wskazany przeze mnie adres e-mail. Przyjmuję do wiadomości, że przesyłanie danych pocztą elektroniczną wiąże się z ryzykiem dla bezpieczeństwa przekazu. Dokumentacja zostanie przesłana w postaci pliku zabezpieczonego hasłem; hasło zostanie przekazane odrębnym kanałem (telefonicznie lub SMS-em).

Wysyłka następuje wyłącznie na adres e-mail potwierdzony w dokumentacji medycznej; w razie rozbieżności Poradnia przeprowadza dodatkową weryfikację (np. telefonicznie, na numer z dokumentacji) — §12 ust. 4 Regulaminu prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej.

.....
miejscowość, data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

Potwierdzenie wpływu wniosku

Data wpływu wniosku:.....

Sposób wpływu: ☐ e-mail ☐ osobiście ☐ pocztą ☐ zgłoszenie ustne / telefoniczne (odnotował personel)

Sposób weryfikacji tożsamości i umocowania wnioskodawcy:.....

Podpis pracownika:.....

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji

Dokumentację przesłano na adres e-mail:.....

Adres zgodny z potwierdzonym w dokumentacji: ☐ tak ☐ przeprowadzono dodatkową weryfikację —
sposób:.....

Data wysłania:.....

Plik zabezpieczono hasłem: ☐ tak ☐ nie (uzasadnienie w dokumentacji)

Hasło przekazano kanałem: ☐ telefonicznie ☐ SMS ☐ inny

Pozycja w wykazie udostępnionej dokumentacji medycznej (Lp.):.....

Potwierdzenie wysłania (wydruk wiadomości e-mail lub wpis w systemie) dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta;
udostępnienie odnotowuje się w wykazie udostępnionej dokumentacji medycznej. Udostępnienie jest bezpłatne.

.....
miejscowość, data

.....
podpis pracownika realizującego wniosek

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych zawarta jest w klauzuli informacyjnej dla pacjentów — dostępnej w rejestracji oraz na stronie poradniasens.pl.