

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

nr PESEL / data urodzenia: .....

\*w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna niż Pacjent (osoba upoważniona lub opiekun):

Imię i nazwisko: .....

Nr PESEL / data urodzenia: .....

Forma dokumentacji:  kopia  wyciąg/odpis/wydruk

Nośnik:  wersja papierowa  płyta CD  wersja elektroniczna (e – mail)

Zakres dokumentacji:  całość  wybrany zakres:

-----  
-----  
(należy podać dodatkowe informacje co do formy oraz zakresu, np. daty, wybranych specjalistów, wybranych placówek LUX MED)

### Sposób odbioru dokumentacji:

osobiście w placówce LUX MED: .....

mailowo na adres poczty elektronicznej: .....

Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e – mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej – zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu: ..... Zostałem/am także poinformowany/a, że z uwagi na zakres dokumentacji (rozmiar pliku, jej przesłanie drogą e – mail może nie być możliwe i zostanie mi ona przekazana na nośniku CD, o czym zostaną poinformowany /a na wskazany przeze mnie powyżej numer telefonu.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o kosztach udostępnienia dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty wskazanej przez pracownika Grupy LUX MED.

-----  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

-----  
Data i podpis osoby składającej wniosek

\* wypełnić, jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Administratorem danych osobowych jest LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21 c, który przetwarza dane w zakresie Twojego imienia, nazwiska, numeru PESEL (lub daty urodzenia) oraz jeśli ma to zastosowanie nr telefonu i adresu e- mail w ramach realizacji wniosku o udostępnienie nagrania z konsultacji telefonicznej. Podanie danych jest całkowicie dobrowolne, jednak konieczne dla weryfikacji tożsamości pacjenta i realizacji żądania. We wszelkich sprawach związanych z ochroną Twoich danych możesz skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem e-mail: [daneosobowe@luxmed.pl](mailto:daneosobowe@luxmed.pl). Z pełną treścią klauzuli obowiązku informacyjnego oraz przysługującymi Ci prawami możesz zapoznać się poprzez stronę internetową, w placówce oraz poprzez kontakt z nami.



[luxmed.pl](http://luxmed.pl)

LUX MED Sp. z o.o.  
ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa  
t: 22 450 45 00, 22 450 50 05, f: 22 331 85 85

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie  
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego  
nr KRS: 0000265353