

ID Pacjenta:

.....
Data i miejscowość

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:

☐ inne:

Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e – mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej – zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany w mojej karcie 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 w mojej karcie numer telefonu.

.....
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

Wypełniony wniosek można złożyć drogą elektroniczną na adres mailowy: zamowieniedokumentacji@luxmed.pl, lub w dowolnej placówce Grupy LUX MED.

Administratorem danych osobowych jest LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowa 2, 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. 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

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Szturmowa 2, 02 -678 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