

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej.

<p>Dane osoby, której dotyczy dokumentacja:</p> <p>..... (imię i nazwisko)</p> <p>..... (adres: ulica, numer domu)</p> <p>..... (adres: kod pocztowy, miejscowość)</p> <p>..... (PESEL lub nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)</p>	<p>Informacje o świadczeniu:</p> <p>..... (rodzaj świadczenia)</p> <p>..... (data wykonania świadczenia)</p> <p>..... (nr badania)</p> <p>..... (jednostka organizacyjna/oddział)</p>
<p>Sposób wydania dokumentacji:</p> <p><input type="checkbox"/> osobiście</p> <p><input type="checkbox"/> drogą elektroniczną : (adres e-mail i numer telefonu)</p> <p><input type="checkbox"/> drogą pocztową: (adres)</p>	

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej (w przypadku odbioru osobistego)

.....
(ilość)

.....
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

Administratorem danych osobowych jest LUX MED Szpital Gdańsk S.A. z siedzibą w Gdańsku, ul. Wileńska 44, 80-215 Gdańsk. W razie pytań lub potrzeby dodatkowych informacji prosimy o kontakt z naszym inspektorem ochrony danych pod adresem: daneosobowe@luxmed.pl. Informacja o przysługujących prawach oraz pouczenie o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego znajduje się na stronie internetowej: <https://www.szpital-gdansk.luxmed.pl/dane-osobowe/> oraz w placówce.