

.....  
Data, imię i nazwisko osoby przyjmującej wniosek

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko: ..... Bydgoszcz, dnia .....

Adres: ..... PESEL .....

Adres e-mail zgodny z ankietą danych osobowych\* .....

(\*jeżeli adres jest inny niż w ankiecie danych osobowych pacjent musi zaktualizować ankietę)

### Proszę o wydanie:

- karty historii leczenia       zdjęć rentgenowskich: pantomogram, CBCT, RTG, RVG\*  
 inne .....

**Proszę o wydanie dokumentacji medycznej w formie:** wyciąg, odpis, kopii, wydruku\*  
(\* odpowiednie zakreślić)

### w wersji:

- papierowej  
 za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (adres e-mail)  
 zapisu na informatycznym nośniku danych

### Prosimy zaznaczyć powód złożenia wniosku:

- zmiana miejsca zamieszkania  
 kopia dokumentacji medycznej dla ubezpieczyciela  
 kopia dokumentacji dla mojego lekarza prowadzącego, przyjmującego poza PERIO-DENS  
 zmiana lecznicy ze względu na:  
 długi czas oczekiwania na wizytę do specjalisty (podać specjalizację) .....  
 zastrzeżenia do lekarza lub niezadowolenie z obsługi  
 inne (jakie?) .....

**Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja:**

Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy wniosek: .....

adres pacjenta, którego dotyczy wniosek: .....

PESEL pacjenta, którego dotyczy wniosek: .....

### Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji:

- Wniosek składa przedstawiciel ustawowy       Upoważnienie wystawione przez pacjenta

Termin odbioru dokumentacji: .....

.....  
data i podpis wnioskodawcy (PACJENT)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....  
data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....  
data i podpis wnioskodawcy (PACJENT)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym formularzu przez PERIO-DENS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Bydgoszczy (85-163), przy ul. Słowiańska 14a, której akta rejestrowe przechowywane są przez Sąd Rejonowy w Bydgoszczy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, za numerem KRS 0000964285, jako niezależnego administratora danych, w celu przekazywania mi wszelkich informacji i komunikatów związanych ze świadczonymi przez PERIO-DENS usługami.

TAK /  NIE

#### Informacja Administratora Danych

1. PERIO-DENS Sp. z o.o. (zwana dalej „PERIO-DENS”) informuje, że jej siedziba znajduje się w Bydgoszczy (85-163), przy ul. Słowiańska 14a, której akta rejestrowe przechowywane są przez Sąd Rejonowy w Bydgoszczy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, za numerem KRS 0000964285.
2. W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę się kontaktować pod numerem telefonu 607 07 06 02, lub pod adresem email: [rejestracja@perio-dens.pl](mailto:rejestracja@perio-dens.pl)
3. PERIO-DENS będzie przetwarzać dane zawarte w niniejszym formularzu na podstawie art. 4 ust 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 a dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE w związku z udzielaniem świadczeń medycznych na rzecz pacjenta oraz w celu zapewnienia dostępu do dokumentacji medycznej. Dane osobowe mogą być udostępniane tylko upoważnionym organom Państwowym, na podstawie przepisów prawa.
4. Podanie przez Pana/Panią powyższych danych osobowych jest dobrowolne. Przysługuje Panu/Pani prawo wglądu, poprawiania i usunięcia tych danych, chyba, że inne przepisy wskazują inaczej
5. PERIO-DENS informuje, iż podanie przez Pana/Panią danych jest niezbędne w celu, w celu zapewnienia dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta.
6. PERIO-DENS będzie przetwarzał Pani(a) dane osobowe przez okres zgodny z art. 29 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta- z dnia 6.11.2008 (Dz.U. z 2016r. poz. 186 ze zm.). PERIO-DENS będzie przetwarzał Pani(a) dane osobowe przez okres nie dłuższy niż 20 lat od daty ostatniej wizyty, chyba że inne przepisy wskazują inaczej.
7. Ma Pan(i) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku podejrzenia, że podane przez Panią(a) dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa unijnego oraz krajowego. Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ulicy Stawki 2 w Warszawie.

Podpisując niniejszy formularz oświadczam, iż:

1. podane w niniejszym formularzu dane osobowe są prawdziwe;
2. podane w niniejszym formularzu dane osobowe zostały podane przeze mnie dobrowolnie;
3. zostałem/zostałam\* poinformowany/a\* o nazwie i siedzibie administratora danych oraz danych inspektora ochrony danych osobowych i możliwości kontaktu
4. zostałem/zostałam\* poinformowany/a\* o podstawie prawnej, celu oraz okresie przetwarzania moich danych osobowych
5. zostałem/zostałam\* poinformowany/a\* o prawie do wglądu, poprawiania i usunięcia moich danych osobowych , chyba że inne przepisy wskazują inaczej, oraz wniesienia skargi do organu nadrzędnego;

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis wnioskodawcy