



Warszawa, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Nr PESEL

.....
Dane kontaktowe: telefon i/lub adres e-mail

.....
Adres zamieszkania

Wniosek pacjenta o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisana/podpisany zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z Poradni Neurologicznej w Państwa placówce leczniczej w całości / w części od dnia..... do.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.

Oświadczam jednocześnie, że zapoznałam/zapoznałem się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej i przed jej odebraniem zobowiązuję się je uregulować.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Odebrałem dokumentację medyczną osobiście w dniu

.....
Data i podpis osoby udostępniającej dokumentację

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Zostały mi przekazane wszystkie elementy obowiązku informacyjnego, o których mowa w art. 13 ust. 1 i ust. 2 RODO, w tym m.in., kto jest Administratorem moich danych, w jakim celu są przetwarzane, przez jaki czas będą przechowywane oraz jakie mam prawa wynikające w związku z przetwarzaniem moich danych przez Dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii jako Administratora danych.