Obraz zawierający tekst, Czcionka, logo, Grafika

Opis wygenerowany automatycznie

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

Dane personalne pacjenta(Персональные данные пациента):

Nazwisko(Фамилия)........................................................................................................................... Imie(Имя)............................................................................................................................................ PESEL................................................................................................................................................. Adres(Адрес)......................................................................................................................................

Ja, niżej podpisany/-a zwracam się do Dyrektora ODENT sp. z o. o./Centrum Medycznego ODENT sp. z o.o./do Prywatnej Praktyki Stomatologicznej ODENT dr n. med. Barbara Obłoj z prośbą o wydanie mi kopii (za pokwitowaniem odbioru)   
(Я, нижеподписавшийся, обращаюсь к директору частной стоматологической практики ODENT sp. z o./ODENT, д.м.н., Барбаре Облой с просьбой выдать мне копии (с квитанцией)

1. Kopia historii choroby\* - bezpłatnie (Копия истории болезни – бесплатно.)
2. Badania RTG\* - bezpłatnie (Рентгенівські обстеження – безкоштовно)
3. Skany cyfrowe zębów\* - bezpłatnie (Цифровое сканирование зубов – безкоштовно)
4. Modele ortodontyczne\* - płatne 200zł (Ортодонтические модели - платно 200 зл.)

mojej dokumentacji medycznej. (моей медицинской документации)

….….…………………

data i podpis pacjenta   
дата и подпись пациента

Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2024 poz. 581), Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej są przetwarzane w celu realizacji praw pacjenta i ochrony zdrowia. Pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji oraz informacji o jej przetwarzaniu.

Відповідно до Закону від 6 листопада 2008 року про права пацієнтів та омбудсмена з прав пацієнтів (зведений текст: Збірник законів від 2024 року, позиція 581), Регламенту (ЄС) 2016/679 Європейського Парламенту та Ради від 27 квітня 2016 року (GDPR) та Закону від 10 травня 2018 року про захист персональних даних (Збірник законів від 2018 року, позиція 1000), персональні дані, що містяться в медичних записах, обробляються для здійснення прав пацієнтів та захисту здоров'я. Пацієнти мають право доступу до своїх записів та інформації про їх обробку.

**POTWIERDZENIE ODBIORU INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

Potwierdzam odbiór mojej dokumentacji medycznej w dniu (Я подтверждаю получение моей медицинской документации, дата)……………………………………………………….

1. Kopia historii choroby\* (Копия истории болезни)
2. Badania RTG\* - bezpłatnie (Рентгенівські обстеження – безкоштовно)
3. Skany cyfrowe zębów\* (Цифровое сканирование зубов)
4. Modele ortodontyczne\* (Ортодонтические модели)

….….…………………

data i podpis pacjenta дата и подпись пациента

\* Uwaga – niepotrzebne skreślić

Na przygotowanie dokumentacji medycznej mamy 14 dni od otrzymania wniosku. Dokumentację należy odebrać niezwłocznie. W przypadku nie odebrania kopii dokumentacji medycznej w ciągu 30 dni od jej przygotowania, kopia może zostać zniszczona.

У нас есть 14 дней с момента получения заявления на подготовку медицинской документации. Документацию необходимо забрать немедленно. Если вы не заберете копию своей медицинской документации в течение 30 дней с момента ее подготовки, копия может быть уничтожена.