



Załącznik nr 1 do procedury nr DL/SA-PP/P-4

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Nr tel. do kontaktu:

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA:

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Wniosek składa:

- ☐ pacjent, którego dotyczy dokumentacja
- ☐ osoba upoważniona przez pacjenta
- ☐ przedstawiciel ustawowy pacjenta
- ☐ osoba bliska..... (wskazać stopień pokrewieństwa)

2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w:

.....
.....

(podać nazwę oddziału, poradni i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępnia)

3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje:

.....
.....

(należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby, karta informacyjna z leczenia na oddziale, wyniki badań)

4. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji w formie:

- ☐ kopii dokumentacji
- ☐ wyciągu dokumentacji medycznej
- ☐ odpisów dokumentacji medycznej
- ☐ wglądu do dokumentacji w siedzibie podmiotu leczniczego
- ☐ na informatycznym nośniku danych

5. Dokumentację odbiorę:

- ☐ osobiście
- ☐ proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres
- ☐ proszę przesłać skan na adres email
- ☐ proszę przesłać na skrzynkę ePUAP na adres
- ☐ proszę przekazać kserokopie dokumentacji medycznej osobie upoważnionej przeze mnie.....

imię i nazwisko, pesel lub data urodzenia osoby upoważnionej

*zaznaczyć krzyżykiem X we właściwym miejscu

UWAGA: Kserokopia/odpis/ wyciąg dokumentacji medycznej będąca/y przedmiotem wniosku jest przechowywana/y do 6 miesięcy od złożenia wniosku, po tym terminie jest przekazana/y do zniszczenia.

6. Oświadczam, że dokumentację medyczną w tym zakresie pobieram po raz pierwszy:

- ☐ TAK
- ☐ NIE

☐ **WNIOSEK ZŁOŻONY W FORMIE USTNEJ**

.....
data i podpis osoby składającej wniosek

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych:

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy o przetwarzaniu danych oraz prawach związanych z przetwarzaniem tych danych.

- 1) Administratorem danych osobowych jest Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu, Stefana Batorego 15, 41-902 Bytom, NIP: 6262511259, REGON: 270235892, KRS 000000013466.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Administratora możliwy jest pod adresem e-mail – iod@szpital2.bytom.pl
- 3) Podane dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze udostępnienia dokumentacji medycznej, na podstawie art. wynikającego z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.
- 4) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu zrealizowania wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- 5) Podane dane osobowe przetwarzane będą przez okres czasu wynikający z przepisów prawa oraz przez okres przedawnienia roszczeń wynikających ze złożonego wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- 6) Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do tego na podstawie przepisów prawa oraz inne podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi związane z udostępnianiem dokumentacji medycznej (np. dostawcy usług IT, dostawcy usług archiwizacji i utylizacji dokumentacji itp.).
- 7) Podane dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
- 8) Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania i prawo do ograniczenia przetwarzania danych, a w zakresie, w którym przepisy prawa nie stanowią inaczej również prawo do ich usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych w zakresie, w jakim podstawa przetwarzania danych osobowych jest zgoda – osoba, której dane dotyczą, ma prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, ale nie będzie to miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem.
- 9) Osoba, której dane dotyczą posiada prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 10) W oparciu o dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
data i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
przez wnioskodawcę

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację medyczną

Pobrano opłatę w wysokościza.....stron dokumentacji medycznej

Wystawiono paragon/fakturę nrz dnia.....

Wysłano listem poleconym nr nadawczydnia