



....., dnia .....

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Wnioskuje o:

- wydanie kopii lub wydruku dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- udostępnienie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni: .....
- okres leczenia: .....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres/email:.....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

*Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami .*

.....

miejsowość, data

**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: .....

.....

podpis wnioskodawcy

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia : .....

Podpis pracownika: .....

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres/email w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

## **OBOWIĄZEK INFORMACYJNY** **(dokumentacja medyczna)**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.U.E.L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Wojewódzki Specjalistyczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciborzu (adres: 66-213 Cibórz 5 poczta Skąpe, tel. 68 3419450, e-mail: szpital@ciborz.eu).
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: iod@ciborz.eu lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest **art. 6 ust. 1 lit. c) RODO** (*przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze*) i **art. 9 ust. 2 lit. h) RODO** (*przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego lub zgodnie z umową z pracownikiem służby zdrowia i z zastrzeżeniem warunków i zabezpieczeń*) w związku z ustawą z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 z późn.zm.).
- 5) Dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej będą przetwarzane zgodnie z wymogami art. 29 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 z późn.zm.), tj. przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.
- 6) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo do usunięcia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;
  - e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania z zastrzeżeniem jednak ograniczeń praw wynikających z prawa powszechnie obowiązującego;

- f) Zasady udostępniania dokumentacji medycznej zostały uregulowane w prawie powszechnie obowiązującym, tj. w ustawie z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta oraz procedurach wewnętrznych Jednostki;
  - g) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celów, o których mowa w punkcie 3.
- 10) Odbiorcami danych osobowych będą: laboratoria i inne placówki opieki zdrowotnej, z którymi współpracuje i będzie współpracował Administrator. Ponadto Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także m.in. usługodawcom wykonujących usługi serwisu systemów informatycznych lub doradztwa prawnego, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.