

WNIOSEK nr O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dane wnioskodawcy		Dane pacjenta ³	
Nazwisko		Nazwisko	
Imię		Imię	
PESEL		PESEL	
Adres ¹		Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej ⁴	
Nr telefonu/ adres email ²			
		Nazwisko	
		Imię	

¹ Adres do korespondencji/nr skrytki pocztowej podajemy jeśli chcemy otrzymać dokumentację medyczną za pośrednictwem Urzędu Pocztowego² Nr telefonu/adres e-mail podanie ich jest dobrowolne, w przypadku problemów z realizacją wniosku mogą okazać się bardzo pomocne³ Dane pacjenta – należy podać tylko w przypadku gdy pacjent nie jest jednocześnie wnioskodawcą⁴ Pacjent będący wnioskodawcą może upoważnić osobę bliską do odbioru dokumentacji medycznej, w przypadku wniosku składanego osobiście**Dokumentację medyczną⁵:**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
odbiorę osobiście	odbierze osobiście osoba upoważniona	proszę przesłać na adres do korespondencji

⁵ (należy wybrać i zaznaczyć „X”)**Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w następującej formie i zakresie:**

„X”	Forma udostępnienia	Miejsce wytworzenia dokumentacji	Przedział czasowy	
			od	do
<input type="checkbox"/>	kopia	Poradnia..... Oddział		
Uwagi ⁶				

⁵ (należy wybrać i zaznaczyć „X”)⁶ historia choroby, karta informacyjna, karta informacyjna SOR, karta ambulatoryjna itp.**Pozostałe formy udostępnienia dokumentacji medycznej⁷**

<input type="checkbox"/>	do wglądu	<input type="checkbox"/>	odpis	<input type="checkbox"/>	na informatycznym nośniku danych
<input type="checkbox"/>	wyciąg	<input type="checkbox"/>	wydruk	<input type="checkbox"/>	zdjęcia RTG

⁷ w przypadku wyboru jednej z opcji, należy zaznaczyć „X” a następnie uzupełnić tabelę identycznie jak w przypadku wnioskowania o kopię

Oświadczam, iż zostałem/am zapoznany/a z wysokością opłat pobieranych za realizację usług związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej. Zobowiązuje się do pokrycia w całości kosztów związanych z przygotowaniem dokumentacji medycznej.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do jego realizacji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych wv i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

.....(data i podpis wnioskodawcy)

Klauzula informacyjna dla wnioskodawcy

Zgodnie z art.13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 zwanego dalej RODO informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego , e-mail: szpitallimanowa@szpitallimanowa.pl tel: 18 33 01 780
W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod numerem telefonu: 734 127 533, bądź wysyłając informację na adres e-mail: iod@szpitallimanowa.pl
Pani/Pana dane osobowe będą zbierane i przetwarzane przez Administratora w celu realizacji wniosku.
Podstawa prawna przetwarzania art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
Odbiorcy danych: - upoważnieni przez Administratora pracownicy i współpracownicy, w zakresie niezbędnym do wykonywania swoich obowiązków, - podmioty przetwarzające, wykonujące swoje zadania w imieniu Administratora na podstawie zawartych umów powierzenia danych osobowych, - pacjent, o którego dane Pan/i wystąpi/a, - instytucje uprawnione do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów prawa.
Administrator nie będzie przekazywał danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w Szpitalu przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym został rozpatrzony wniosek.
Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, Infolinia: 606 950 000 (w godzinach 10.00 – 13.00), e-mail: kancelaria@giodo.gov.pl
Podanie danych osobowych jest dobrowolne (<i>niezbędne do rozpatrzenia wniosku</i>).
Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji tzw. profilowaniu.

Odmowa udostępnienia dokumentacji:(data)
.....(podpis osoby odmawiającej udostępnienia)(powód odmowy)

Dokumentację do wglądu udostępniono:(data)
.....(podpis osoby udostępniającej)(podpis osoby zapoznającej się z dokumentacją)

Udostępnienie zdjęć rentgenowskich wykonanych na kliszy z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu:(data)
.....(podpis osoby udostępniającej)(podpis osoby odbierającej, zobowiązanej do zwrotu po wykorzystaniu)

Sporządzenie dokumentacji medycznej w formie:			
<input type="checkbox"/> wyciągu	<input type="checkbox"/> odpisu	<input type="checkbox"/> kopii	<input type="checkbox"/> wydruku
Wykonał:(imię i nazwisko)	(data)	
Liczba stron dokumentacji medycznej:		Liczba informatycznych nośników danych:	
(podpis osoby udostępniającej)		(podpis osoby odbierającej dokumentację)	