

Wnioskodawca:

....., dnia 20r.

.....
.....
.....

(imię i nazwisko, dokładny adres zamieszkania
i telefon kontaktowy)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY *(wypełnia Pacjent lub osoba upoważniona):*

Imię i nazwisko.....

PESEL/data urodzenia *(w przypadku braku PESEL)*

Adres:..... tel.

Adres e-mail *(adres ten podajemy, jeśli wnioskujemy o przesłanie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej)*

Dokumentacja dotyczy leczenia *(podać nazwę oddziału/poradni i datę pobytu)*.....

.....

Rodzaj dokumentacji medycznej *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):*

- historia choroby,
- karta informacyjna,
- wyniki badań,
- płyta DVD z badaniem (TK, MRI, RTG, USG)
- inne:.....

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji w formie *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):*

- sporządzenie kserokopii /odpisu*;
- wgląd w siedzibie Szpitala i proponuję termin wglądu na dzień 20r.;
- wydanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (skan/PDF) proponowane hasło do pliku

2. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ *(proszę wypełnić tylko wówczas, gdy Wniosek składa inna osoba niż Pacjent, którego dokumentacja dotyczy)*

Imię i nazwisko.....

PESEL/data urodzenia *(w przypadku braku PESEL)*

Adres:..... tel.

3. WNIOSEK SKŁADA *(proszę zaznaczyć x we właściwej rubryce)*

- pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta
- osoba bliska (tylko w przypadku zgonu pacjenta)

4. **SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI** (proszę zaznaczyć x we właściwej rubryce)

- zostanie odebrana osobiście
- upoważniam do odbioru**

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr PESEL lub rodzaj i nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

- proszę przesłać listem poleconym za pobraniem ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres

Ulica..... nr domu nr lokalu

Miejscowość: kod pocztowy:

- proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail (podać swój adres e-mail).....

Oświadczam, iż ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów wykonania powyższej dokumentacji stosownie do: Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2020.849 t.j.) zgodnie z obowiązującym cennikiem w Zespole Opieki Zdrowotne w Bolesławcu, a w przypadku wysyłki pocztą także pokrycia kosztów przesyłki. Równocześnie oświadczam, że prosząc o wydanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem operatora pocztowego lub środków komunikacji elektronicznej zostałem poinformowany o zagrożeniach przesyłania danych osobowych w takiej formie.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że za składanie fałszywych dokumentów zgodnie z art. 270 Kodeksu Karnego grozi odpowiedzialność karna.

5. Klauzula informacyjna:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO) informujemy, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu, ul. Jeleniogórska 4, 59-700 Bolesławiec.
- 2) W szpitalu został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych, dane kontaktowe: iod@szpitalboleslawiec.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- 4) Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.
- 6) Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnianie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 5 lat zgodnie z rzeczowym wykazem akt ZOZ w Bolesławcu.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
- 8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
- 9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- 10) Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

.....
(data złożenia, podpis osoby przyjmującej wniosek)

* niepotrzebne skreślić

** tylko w przypadku, kiedy wnioskującym jest pacjent

WYPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY

1. Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwym wierszu)
- zgoda na udostępnienie dokumentacji medycznej
 - odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej
 - brak upoważnienia, o którym mowa w pkt. 3

.....
(podpis Dyrektora lub osoby przez niego upoważnionej)

2. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

Potwierdzam tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną lub dokonującej wglądu do dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Pobrano opłatę w wysokości

.....
(data i czytelny podpis osoby weryfikującej opłatę)

Dokumentację medyczną wysłano w formie dnia

.....
(data i czytelny podpis osoby wysyłającej dokumentację)