Wnioskodawca: ........................., dnia ........ 20 ......r.

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

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

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

(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 20 r.;
* wydanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (skan/PDF) proponowane hasło do pliku ……………………………
1. **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. ……………………………….

1. **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)
1. **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.

1. 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)

1. 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)