SZPITAL ŚW. ŁUKASZA
w Bolesławcu

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*):

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

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

- o sporządzenie kserokopii /odpisu*;
- o wgląd w siedzibie Szpitala i proponuję termin wglądu na dzień..... 20.....r.;
- o 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)*

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

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

- o zostanie odebrana osobiście
- o upoważniam do odbioru**

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

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

Ulica..... nr domu..... nr lokalu.....

Miejscowość: ..... kod pocztowy:.....

- o 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**

SZPITAL ŚW. ŁUKASZA
w Bolesławcu

WYPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY

1. Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej *(zaznaczyć X we właściwym wierszu)*
   - o zgoda na udostępnienie dokumentacji medycznej
   - o odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej
   - o 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

……
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

…….
(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)