

imię i nazwisko wnioskodawcy

data złożenia wniosku

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL lub data urodzenia wnioskodawcy

adres zamieszkania wnioskodawcy

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji medycznej:

- Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- Wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta
- Wniosek składa osoba bliska zmarłego pacjenta: _____
należy wskazać stopień pokrewieństwa

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

(wypełnić tylko w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji z upoważnienia pacjenta lub jako przedstawiciel ustawowy lub jako osoba bliska)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

imię i nazwisko pacjenta

PESEL lub data urodzenia pacjenta

Dokumentacja dotyczy leczenia w:

(należy podać nazwę komórki organizacyjnej, np. oddziału, poradni, pracowni itp.)

Dokumentacja medyczna dotyczy okresu:

(należy określić jeżeli ma zostać udostępniona dokumentacja medyczna za konkretny okres)

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- Historia choroby
 - Karta informacyjna
 - Wyniki badań
 - Inne _____
-

Podstawa prawna:

Art. 27- 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.1318 t.j. ze zm.)

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- przez sporządzenie jej wyciągu / odpisu / kopii (w formie kserokopii) / wydruku*
- na informatycznym nośniku danych (np. CD, DVD)
- za pośrednictwem środka komunikacji elektronicznej:

(należy wskazać środek komunikacji elektronicznej, np. e-mail, skrzynka ePUAP)

- poprzez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu)
-

Sposób odbioru dokumentacji medycznej:

- Dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
- Dokumentację proszę przesłać listem poleconym

(należy podać adres jeżeli jest inny niż adres wnioskodawcy)

- Dokumentację proszę przesłać w formie elektronicznej na:

(należy podać adres e-mail na który ma zostać wysłana dokumentacja medyczna, nazwę skrzynki ePUAP lub dane innego środka komunikacji elektronicznej niezbędne do przesłania dokumentacji)

Klauzula informacyjna:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Hospicjum Homo-Homini im. Św. Brata Alberta, ul. Górnicza 30, 43-600 Jaworzno, NIP: 6321704452, REGON: 273597727.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Administratora możliwy jest pod adresem e-mail – iod@itmfox.pl
- 3) Podane dane osobowe przetwarzane są w celu udostępnienia dokumentacji medycznej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.
- 4) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu zrealizowania wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- 5) Podane dane osobowe przetwarzane będą przez okres czasu wynikający z przepisów prawa oraz przez okres przedawnienia roszczeń wynikających ze złożonego wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- 6) Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do tego na podstawie przepisów prawa oraz inne podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi związane z udostępnianiem dokumentacji medycznej (np. dostawcy usług IT, dostawcy usług archiwizacji i utylizacji dokumentacji itp.).
- 7) Podane dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
- 8) Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania i prawo do ograniczenia przetwarzania danych, a w zakresie, w którym przepisy prawa nie stanowią inaczej również prawo do ich usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
- 9) Osoba, której dane dotyczą posiada prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 10) W oparciu o dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Oświadczenia:

Podstawa prawna:

Art. 27- 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.1318 t.j. ze zm.)

Oświadczam, że wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

po raz pierwszy

po raz kolejny

podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej obowiązującymi w podmiocie medycznym, rozumiem i akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia opłaty za jej udostępnienie, o ile będzie zachodzić obowiązek jej poniesienia.

podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych

podpis wnioskodawcy

Wydanie dokumentacji medycznej:

(dotyczy odbioru w siedzibie podmiotu leczniczego)

Data wydania dokumentacji _____

Pobrano opłatę w wysokości _____ PLN za _____ stron dokumentacji medycznej.

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

(Podpis osoby wydającej dokumentację medyczną)

(Podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną)

Podstawa prawna:

Art. 27- 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.1318 t.j. ze zm.)