

Wniosek o sporządzenie wyciągu / odpisu / kopii dokumentacji medycznej

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z pobytu/ porady w okresie:

w oddziale/poradni/inne

.....

Sposób udostępnienia wnioskowanej dokumentacji:**

- 1) do wglądu w siedzibie Szpitala
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągu/odpisu/ kopii lub wydruku
- 3) poprzez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (dotyczy udostępnienia na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji medycznej mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)
- 4) za pośrednictwem komunikacji elektronicznej
- 5) na informatycznym nośniku danych

Dane wnioskodawcy:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania/zameldowania)

(pesel)

.....
(data)

.....
(podpis)

*** Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania/zameldowania)

(pesel)

.....
(data)

.....
(podpis)

Powyższe dane osobowe potwierdzam:

Podpis upoważnionego pracownika data

Osoba odbierająca wyciąg/odpis/kopię/inną formę* (właściwe zakreślić):

1. pacjent, 2. osoba upoważniona, 3. osoba upoważniona do uzyskiwania dokumentacji w przypadku zgonu pacjenta, 4. przedstawiciel ustawowy, 5. osoba bliska (po śmierci pacjenta na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

Wyrażam zgodę na udostępnienie wyciągu/odpisu/kopii* dokumentacji medycznej (w przypadku udostępniania dokumentacji z leczenia stacjonarnego).

.....
Dyrektor

Potwierdzam odbiór wyciągu/odpisu/kopii/innego formy* dokumentacji medycznej

.....
Podpis pacjenta lub osoby uprawnionej

Uwaga: Sporządzenie wyciągu/odpisu/kopii dokumentacji medycznej odbywa się na koszt wnioskodawcy lub nieodpłatnie w sytuacji określonej w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) .

* niepotrzebne skreślić

** zaznaczyć odpowiednie

*** wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna dotyczy innej osoby niż wnioskodawca

PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI

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

- **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku**, z siedzibą przy ul. Leśna 22, 37-300 Leżajsk, e-mail: sekretariat@spzoz-lezajsk.pl
- **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:** e-mail: iod@spzoz-lezajsk.pl
- **Cele przetwarzania danych osobowych:** Pana/Pani dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do prowadzenia wykazu/rejestru dotyczącego udostępnionej dokumentacji medycznej.
- **Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych**
Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO)
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze, w szczególności Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
- **Informacja o odbiorcach danych osobowych**
Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.
- **Okres przez który dane osobowe będą przechowywane**
Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są przez 2 lata zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt SP ZOZ w Leżajsku
- **Uprawnienia z art. 15-21 RODO**
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
- **Prawo do wniesienia skargi**
Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
- **Obowiązek podania danych**
Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- **Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**
Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.

.....
Data/czytelny podpis wnioskodawcy