

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017 poz. 1318)

Dane wnioskodawcy										Dane pacjenta ³									
Nazwisko										Nazwisko									
Imię										Imię									
PESEL										PESEL									
Adres ¹										Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej ⁴									
Nr telefonu/ adres email ²										Nazwisko									
										Imię									

¹Adres do korespondencji/nr skrytki pocztowej podajemy jeśli chcemy otrzymać dokumentację medyczną za pośrednictwem Urzędu Pocztowego

²Nr telefonu/adres e-mail podanie ich jest dobrowolne, w przypadku problemów z realizacją wniosku mogą okazać się bardzo pomocne

³Dane pacjenta – należy podać tylko w przypadku gdy pacjent nie jest jednocześnie wnioskodawcą

⁴Pacjent będący wnioskodawcą może upoważnić osobę bliską do odbioru dokumentacji medycznej, w przypadku wniosku składanego osobiście

Dokumentację medyczną⁵:

<input type="checkbox"/> odbiorę osobiście	<input type="checkbox"/> odbierze osobiście osoba upoważniona	<input type="checkbox"/> proszę przesłać na adres do korespondencji
---	--	--

⁵(należy wybrać i zaznaczyć „X”)

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w następującej formie i zakresie:

„X”	Forma udostępnienia	Miejsce wytworzenia dokumentacji	Przedział czasowy	
			od	do
<input type="checkbox"/>	kopia	Poradnia..... Oddział.....		
Uwagi ⁶				

⁶(należy wybrać i zaznaczyć „X”)

⁶historia choroby, karta informacyjna, karta informacyjna SOR, karta ambulatoryjna itp.

Pozostałe formy udostępnienia dokumentacji medycznej⁷

<input type="checkbox"/>	do wglądu	<input type="checkbox"/>	odpis	<input type="checkbox"/>	na informatycznym nośniku danych
<input type="checkbox"/>	wyciąg	<input type="checkbox"/>	wydruk	<input type="checkbox"/>	zdjęcia RTG

⁷w przypadku wyboru jednej z opcji, należy zaznaczyć „X” a następnie uzupełnić tabelę identycznie jak w przypadku wnioskowania o kopię

<p><i>Oświadczam, iż zostałem/am zapoznany/a z wysokością opłat pobieranych za realizację usług związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej. Zobowiązuje się do pokrycia w całości kosztów związanych z przygotowaniem dokumentacji medycznej.</i></p>
<p><i>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do jego realizacji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych wv i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE</i></p>

<p style="text-align: right;">.....(data i podpis wnioskodawcy)</p>

Klauzula informacyjna dla wnioskodawcy

Zgodnie z art.13 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 zwanego dalej RODO informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Czerniakowski Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Stępińskiej 19/25, 00-739 Warszawa, e-mail: sekretariat@szpitalczerniakowski.waw.pl, tel: (22) 318 62 01
W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod numerem telefonu: (22) 318 63 60 (w godzinach 9:00-14:00) bądź wysyłając informację na adres e-mail: iod@szpitalczerniakowski.waw.pl
Pani/Pana dane osobowe będą zbierane i przetwarzane przez Administratora w celu realizacji wniosku.
Podstawa prawna przetwarzania art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
Odbiorcy danych: - upoważnieni przez Administratora pracownicy i współpracownicy, w zakresie niezbędnym do wykonywania swoich obowiązków, - podmioty przetwarzające, wykonujące swoje zadania w imieniu Administratora na podstawie zawartych umów powierzenia danych osobowych, - pacjent, o którego dane Pan/i wystąpił/a, - instytucje uprawnione do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów prawa.
Administrator nie będzie przekazywał danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w Szpitalu Czerniakowskim Sp. z o.o. przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym został rozpatrzony wniosek.
Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, Infolinia: 606 950 000 (w godzinach 10.00 – 13.00), e-mail: kancelaria@giodo.gov.pl
Podanie danych osobowych jest dobrowolne (<i>niezbędne do rozpatrzenia wniosku</i>).
Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji tzw. profilowaniu.

Odmowa udostępnienia dokumentacji:(data)
.....(podpis osoby odmawiającej udostępnienia)(powód odmowy)

Dokumentację do wglądu udostępniono:(data)
.....(podpis osoby udostępniającej)(podpis osoby zapoznającej się z dokumentacją)

Udostępnienie zdjęć rentgenowskich wykonanych na kliszy z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu:(data)
.....(podpis osoby udostępniającej)(podpis osoby odbierającej, zobowiązanej do zwrotu po wykorzystaniu)

Sporządzenie dokumentacji medycznej w formie:			
<input type="checkbox"/> wyciągu	<input type="checkbox"/> odpisu	<input type="checkbox"/> kopii	<input type="checkbox"/> wydruku
Wykonał:(imię i nazwisko)	(data)	
Liczba stron dokumentacji medycznej:		Liczba informatycznych nośników danych:	
.....(podpis osoby udostępniającej)	(podpis osoby odbierającej dokumentację)	