

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ w SP ZOZ w SANOKU

....., dnia
(miejscowość i data)

1. WNIOSKODAWCA (pacjent, którego dotyczy dokumentacja lub osoba występująca w imieniu pacjenta):

Imię i nazwisko: **PESEL:**

Adres: **Tel:**

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- ☐ wydanie kserokopii (za potwierdzeniem z oryginałem/ bez potwierdzenia*)
- ☐ wydanie wyciągu
- ☐ wydanie odpisu
- ☐ wydanie wydruku
- ☐ do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- ☐ nośnik danych (płyta)

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent którego dotyczy dokumentacja:

Imię i nazwisko: **PESEL:**

Adres: **Tel:**

3. DOKUMENTACJA, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK: (proszę podać nazwę oddziału/poradni oraz okres leczenia)

..... w
okresie

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- ☐ dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
- ☐ dokumentację odbierze osoba upoważniona/przedstawiciel ustawowy w siedzibie podmiotu leczniczego
- ☐ inny

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

5. DOTYCZY RODZICA WNIOSKUJĄCEGO O DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ DZIECKA

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym w/w dziecka i nie mam ograniczonego prawa do uzyskania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka, jego leczenia oraz do dokumentacji medycznej.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

6. POTWIERDZENIE WYDANIA KSEROKOPII/ODPISU/WYCIĄGU/NOŚNIKA

DANYCH

Naliczono opłaty w wysokości:

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej
medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji

.....
(data i podpis osoby rozpatrującej wniosek)

.....
(data i podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej)

UWAGA!

Jeżeli dokumentacja odbierana jest przez inną osobę niż upoważniona, należy wtedy przedstawić pełnomocnictwo/upoważnienie zawierające co najmniej imię, nazwisko, PESEL pacjenta oraz co najmniej imię, nazwisko, PESEL oraz serię i numer dowodu osobistego osoby upoważnionej.

POUCZENIE: Udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta w formie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku lub skanów na informatycznym nośniku danych, za wyjątkiem pierwszego jej udostępnienia w danym zakresie jest odpłatne. Informacje o wysokości opłaty można uzyskać na stronie internetowej www.zozsanok.pl w zakładce: Informacje – Cenniki lub u osób wyznaczonych do przyjmowania wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznych.

* Objasnienia:

- **wyciąg** – skróty tekst zawierający najważniejsze dane z całości lub jego części – potwierdzone za zgodność z oryginałem;
- **odpis** – kopia lub przepisany tekst oryginalnego dokumentu – potwierdzona za zgodność z oryginałem;
- **kserokopia** – czysta kopia tekstu lub rysunku wykonana za pomocą kserokopiarki – z potwierdzenia za zgodność z oryginałem lub bez potwierdzenia;
- **nośnik danych** - dokumentacja medyczna na informatycznym nośniku danych – dotyczy wyników badań rejestrowanych w tej formie.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych **osób fizycznych wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej** jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku, adres: ul. 800-lecia 26, 38-500 Sanok;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: rodo@zozsanok.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu udostępnienia dokumentacji medycznej. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarię prawną, dostawcę oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceńbiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do identyfikacji osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej.
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.