

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

II. Wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent, którego dokumentacja ma dotyczyć.

Imię i nazwisko pacjenta :

PESEL:

Jestem osobą upoważnioną przez pacjenta: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

Jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

III. Wypełnić TYLKO w przypadku gdy pacjent nie żyje.

Jestem osobą upoważnioną przez pacjenta: TAK / NIE / NIE WIEM (niepotrzebne skreślić)

Jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

W przypadku gdy wnioskodawca nie jest lub nie wie czy jest osobą upoważnioną przez pacjenta za życia proszę wypełnić poniższy punkt.

Kim dla wnioskodawcy był pacjent proszę postawić X:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ojciec | <input type="checkbox"/> córka |
| <input type="checkbox"/> matka | <input type="checkbox"/> mąż |
| <input type="checkbox"/> dziadek | <input type="checkbox"/> żona |
| <input type="checkbox"/> babcia | <input type="checkbox"/> osobą pozostającą we wspólnym
pożyciu |
| <input type="checkbox"/> wnuczek | <input type="checkbox"/> żadna z powyższych |
| <input type="checkbox"/> wnuczka | |
| <input type="checkbox"/> syn | |

Oświadczam, że nie jest mi znany sprzeciw wobec udostępnieniu dokumentacji osoby zmarłej wyrażony przez inne osoby bliskie lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

IV. WNIOSKUJĘ O

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnieni dokumentacji medycznej do wglądu

- Rodzaj dokumentacji medycznej/dokumentu:
 - nazwa oddziału/poradni/pracowni:
 - okres leczenia:
 - celem*
- *pole nieobowiązkowe

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuje się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

V. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- Wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- Odebrana osobiście przez pacjenta
- Odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - Upoważnienie w dokumentacja medycznej
 - Upoważnienie w niniejszym wniosku
 - Odrębne pisemne upoważnienie załączone do wniosku

Naliczono opłaty w wysokości:

Data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

VI. POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

VII. TOŻSAMOŚĆ OSOBY ODBIERAJĄCEJ POTWIERDZONA NA PODSTAWIE:

.....
(rodzaj i numer dokumentu, wysłane za potwierdzeniem odbioru)

Data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kuj., jako administrator Państwa danych osobowych, informuje Państwa, iż:

1. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu realizacji praw pacjenta i w celu realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
2. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z tym że, niektóre powyższe prawa podlegają ograniczeniu ze względu na obowiązujące przepisy prawa.
3. Dane mogą być udostępniane przez Szpital podmiotom:
 - a) firmom świadczącym usługi IT wyłącznie w zakresie niezbędnym do usuwania awarii i usług serwisowych na podstawie umowy powierzenia danych osobowych,
 - b) upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa.
4. Podane dane będą przetwarzane zgodnie z treścią i na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c), art. 9 ust. 2 lit. h), i) ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych (tzw. RODO)
5. Funkcję Inspektora Ochrony Danych pełni pan Dariusz Podsiedlak, kontakt z inspektorem ochrony danych w Szpitalu jest możliwy poprzez adres e-mail: iod@rodoinspektor24.pl lub pisemnie na adres szpitala.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wniosku o udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta Rzeczniku Praw Pacjenta i innymi właściwymi przepisami prawa.
7. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Jeśli w przyszłości powołany zostanie inny organ nadzorczy, ten organ będzie właściwy do rozpatrzenia skargi, z tym że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.

Podpis wnioskodawcy