

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**I. Dane pacjenta którego dokumentacja dotyczy:**

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....  
 Adres zamieszkania: .....  
 Numer telefonu kontaktowego: ..... E-mail: .....

**II. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji: ( wypełnić w przypadku , gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent )**

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....  
 Adres zamieszkania: .....  
 Numer telefonu kontaktowego: ..... E-mail: .....

**III. Osoba składająca wniosek jest: ( proszę zaznaczyć właściwe)**

- Pacjentem
- Osobą upoważnioną przez Pacjenta
- Przedstawicielem ustawowym Pacjenta
- Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta\*

**IV. Sposób złożenia wniosku: ( proszę zaznaczyć właściwe)**

- w rejestracji SPZOZ Przychodni Miejskiej
- drogą elektroniczną ( e- mail )
- telefonicznie
- listownie na adres SPZOZ

**V. Wniosek dotyczy dokumentacji medycznej: ( proszę zaznaczyć właściwe)**

- Poradni POZ
- Poradni specjalistycznej – nazwa.....
- całości dokumentacji medycznej
- Okres leczenia.....
- Okres leczenia.....

**VI. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji: ( proszę zaznaczyć właściwe)**

- do wglądu w rejestracji SPZOZ w Józefowie
- poprzez sporządzenie wyciągu
- poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych ( płyta CD )
- poprzez wypożyczenie oryginału\*\*
- poprzez sporządzenie kserokopii
- poprzez sporządzenie odpisu
- poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres

**VII. Sposób odbioru dokumentacji: ( proszę zaznaczyć właściwe)**

- odbiorę osobiście
- proszę o przesłanie listem poleconym na adres: .....  
 ( koszty wysyłki listem poleconym ponosi pacjent )
- zaszyfrowaną kopię dokumentacji medycznej proszę wysłać na adres e-mail: (drukowanymi literami):  
 .....

odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

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

.....  
**czytelny podpis osoby składającej wniosek**

.....  
**czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek**

\* osoba bliska w rozumieniu art.3 ust.1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

\*\* Przychodnia udostępnia oryginał dokumentacji medycznej: a) podmiotom uprawnionym, b) w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, c) w przypadku wniosku o udostępnienie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy

\*\*\* opłata za udostępnienie dokumentacji art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**VIII. Adnotacje pracownika dotyczące udostępnienia dokumentacji:** ( proszę zaznaczyć właściwe)

- udostępniona do wglądu w SPZOZ
- wysłana pocztą na wskazany adres
- wysłana na podany adres *e-mail*
- odebrana osobiście przez pacjenta
- odebrana na nośniku danych (  *płyta CD*  )
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta w dokumentacji medycznej
- odebrana przez osobę upoważnioną w niniejszym wniosku
- odebrana przez osobę pisemnie upoważnioną (  *załączone do wniosku*  )

Naliczono opłaty w wysokości: .....

**IX. Potwierdzenie odbioru:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
*Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację*

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona za okazaniem dokumentu tożsamości

.....  
*Data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację*

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej.**

1. Administratorem Danych Osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Józefowie, tel. (22) 789-21-21, email: kontakt@spzozjosefow.pl, reprezentowany przez Dyrektora.
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych należy się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej dominika.jasinska@spzozjosefow.pl; .
3. Administrator Danych Osobowych będzie przetwarzał dane osobowe przez okres 20, 22 lub 30 lat liczonych od daty sporządzenia ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej stosownie do okresów przechowywania dokumentacji, która była przedmiotem wniosku, określonych w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Dane osobowe mogą być udostępniane uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa.
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez wyraźnej zgody i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Józefowie znajdują się na stronie internetowej [www.spzozjosefow.pl](http://www.spzozjosefow.pl) w zakładce Dla Pacjenta – RODO.

