

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane identyfikujące tożsamości **WNIOSKODAWCY**: (proszę wypełnić czytelnie)

Imię (imiona) wnioskodawcy / Nazwa podmiotu wnioskującego	
Adres zamieszkania wnioskodawcy / Adres siedziby podmiotu wnioskującego	
PESEL wnioskodawcy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Numer telefonu kontaktowego wnioskodawcy	

Status wnioskodawcy: (proszę określić kto występuje z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej)

Pacjent	Osoba upoważniona przez Pacjenta / przez przedstawiciela ustawowego	Przedstawiciel ustawy Pacjenta	Osoba bliska	Podmiot wskazany w art. 26 ust. 3 / 3a / 4 Ustawy ⁷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proszę określić podstawę prawną działania:

(1) Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

a. w formie:

1. do wglądu	2. kopii	3. odpisu	4. wyciągu	5. wydruku	6. na informatycznym nośniku danych	7. oryginału z obowiązkiem zwrotu ⁸	8. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. w zakresie: dokumentacja medyczna z

.....

(proszę określić nazwę komórki organizacyjnej / albo wskazać rodzaj dokumentacji wnioskowanej)

c. za okres:

.....

(oddo..... / data udzielenia świadczenia)

(2) Dane identyfikujące tożsamości **PACJENTA**, którego dokumentacja medyczna dotyczy

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta / w przypadku noworodka PESEL matki.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu Pacjenta	

(3) Sposób odbioru dokumentacji, w przypadku jej wydawania: (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

ODBIERAJĄCY: Pacjent którego dokumentacja dotyczy	Odbiór osobisty w SPZOZ IZABELIN	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Pacjent którego dokumentacja dotyczy	Wysyłka na adres zamieszkania Pacjenta	<input type="checkbox"/>

⁷ Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁸ Art. 27 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dokumentacja medyczna jest udostępniana przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;

ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej	Odbiór osobisty w SPZOZ IZABELIN	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej	Wysyłka na adres zamieszkania osoby upoważnionej	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Przedstawiciel ustawy Pacjenta	Odbiór osobisty w SPZOZ IZABELIN	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Przedstawiciel ustawy Pacjenta	Wysyłka na adres zamieszkania osoby przedstawiciela ustawowego Pacjenta	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona / upoważnienie do odbioru dokumentacji w załączeniu do wniosku / potwierdzam iż upoważnienie zostało udzielone	Odbiór osobisty w SPZOZ IZABELIN	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona / upoważnienie do odbioru dokumentacji w załączeniu do wniosku / potwierdzam iż upoważnienie zostało udzielone	Wysyłka na adres zamieszkania osoby upoważnionej	<input type="checkbox"/>

(4) Oświadczenie

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w SPZOZ IZABELIN, rozumiem i akceptuję określony nimi tryb oraz mam świadomość obowiązku pokrycia kosztów jej wydania, jeśli nie dotyczą mnie sytuacje zwalniające z tego obowiązku.
- Oświadczam, iż podane przeze mnie dane we Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej są zgodne z prawdą, oświadczam powyższe (b) składam będąc świadomym/ą odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o jakiej mowa w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950, z późn. zm.)
- W przypadku wniosku o jakim mowa w pkt. (1) lit a. ppkt 7. oświadczam, iż zwłoka w wydaniu dokumentacji w innej formie niż w oryginale mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia Pacjenta, jednocześnie zobowiązuję się do jej zwrotu po wykorzystaniu.

(5) Tożsamość i status wnioskodawcy ustalono w oparciu o: *(wypełnia upoważniony pracownik SPZOZ IZABELIN)*

Dokument tożsamości wnioskodawcy:	Nazwa	Seria/Numer
Metodą pytań bezpośrednich:		
Inne czynności weryfikacyjne:		
Dokumentację przedłożoną do wniosku:	Upoważnienie	Potwierdzające zagrożenie życia, zdrowia

Miejsce i data	Podpis wnioskodawcy / W przypadku odnotowania wniosku za wnioskodawcę imię i nazwisko pracownika SPZOZ IZABELIN z adnotacją, przyjęcia wniosku w innej formie niż ustna do realizacji	Data i podpis przyjmującego
----------------	---	-----------------------------

(6) Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Opłata tytułem udostępniania	Ilość stron	Kwota	Uregulowano
			<input type="checkbox"/>
Pierwszy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej w danym zakresie:			<input type="checkbox"/>
Zwolnienie z opłaty:			<input type="checkbox"/>
Podpis i data osoby udostępniającej w sposób zgodny z treścią wniosku:	Podpis: _____ Data: _____		
Podpis i data osoby odbierającej	Podpis: _____ Data: _____		

(7) Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej:

Podpis osoby odbierającego zwracaną dokumentację medyczną	Podpis:		Data.
Potwierdzam kompletność zwracanej dokumentacji medycznej	Kompletna	Wybrakowana	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) informujemy, że:
2. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Izabelinie przy ul. Kazimierza Przerwy – Tetmajera 3A, (22) 722 61 14 mail: spzozizabelin@izabelin.pl;
3. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod numerem adresem email (adres email) iod@spzozizabelin.pl;
4. Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania, ewidencjonowania i realizacji wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej, skontaktowania, udzielenia informacji w związku z udostępnieniem dokumentacji – na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. C i art. 9 ust. 2 lit. H RODO;
5. Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, podmioty z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych;
7. Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnianie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 5 lat zgodnie z rzeczowym wykazem akt.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
11. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

Zapoznałem się:

.....
Data i podpis wnioskodawcy