SZPITAL
POMNIK CHRZTU POLSKI

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca jest inną osobą niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Wnioskuję o: *(proszę zaznaczyć **X** we właściwej kratce)*

☐ wydanie kopii/wyciągu/odpisu* wydruku dokumentacji medycznej: historia choroby, badania obrazowe, badania laboratoryjne,inne* .....

☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu.

Dokumentacja dotyczy leczenia:

- Nazwa oddziału/poradni/pracowni: .....
- Okres leczenia: .....

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji*: (proszę zaznaczyć **X** we właściwej kratce)*

☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

☐ wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

Wnioskowaną dokumentację:

☐ odbiorę osobiście

☐ proszę wysłać na adres*: .....

*koszt wysyłki dokumentacji pokrywa wnioskodawca przed jej udostępnieniem. Płatności zgodnej z cennikiem operatora pocztowego można dokonać w kasie Szpitala lub na wskazany numer konta : 92 1560 0013 2070 4677 1000 0001.

☐ odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko: .....

numer dowodu osobistego: .....

**odpowiednie podkreślić*

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru/ udostępnienia do wglądu: .....

Podpis pracownika Szpitala Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie: .....

PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych -RODO) oraz Dz.U.2019, poz. 730 z 10 04.2019 informuję się, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Pomnik Chrztu Polski, 62-200 Gniezno, ul. Św. Jana 9.

2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Numer tel. (61) 222 83 32, adres e-mail: IOD@zoz.gniezno.pl

3. Cele przetwarzania osobowych danych : Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do prowadzenia wykazu dotyczącego udostępnionej dokumentacji medycznej.

4. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych : Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO)Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze w szczególności Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

5. Informacje o odbiorcach danych osobowych: Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

6. Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane : Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 25 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt Szpitala Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie .

7. Uprawnienia z art. 15 –21 RODO : Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

8. Prawo do wniesienia skargi : Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

9. Obowiązek podania danych : Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

10 Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji : Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.*

***Profilowanie** – dowolna forma zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących efektów pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

Oświadczam, że:

1) Zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Pomnik Chrztu polski w Gnieźnie.
2) Pokryję koszty przesyłki pocztowej zgodnie z obowiązującym cennikiem operatora pocztowego (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą). Wskazaną kwotę opłacę w kasie Szpitala lub na wskazany numer konta przed wydaniem dokumentacji medycznej: **92 1560 0013 2070 4677 1000 0001**
3) Rozumiem i akceptuje sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej
4) Ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.
5) Koszty związane z udostępnieniem dokumentacji medycznej lub jej wysyłką płatne są w kasie Szpitala lub na wskazany numer konta przed wydaniem dokumentacji medycznej:

....

miejscowość, data *podpis wnioskodawcy*

POTWIERDZENIE WYDANIA i ODBIORU:

Dokumentacja:

1. Wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
2. Odebrana osobiście przez pacjenta,
3. Odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
   - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
   - upoważnienie w niniejszym wniosku,
4. Odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Liczba udostępnionych stron/ nośników od ……..... do ……..

Naliczono opłatę w wysokości: .....

W/w opłaty nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

....

(data i podpis osoby odbierającej dokumentację) *(data i podpis osoby wydającej dokumentację*