

 SZPITAL MIEJSKI W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH SP. Z O.O.	Załącznik nr 1 do Procedury – Udostępnianie dokumentacji medycznej – PR/PP 4		
	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej		Wydanie: 3 Strona 1 z 3

Siemianowice Śląskie, dn.

CZĘŚĆ I

1. Wnioskodawca

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia lub nr dowodu osobistego lub adres zamieszkania (*opcjonalne, ale zalecane*)

PESEL (tylko w przypadku, gdy wnioskodawcą jest pacjent):

.....

Dane kontaktowe (e-mail, telefon):

2. Wnioskodawca jest: (proszę zaznaczyć właściwe w przypadku osób fizycznych)

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

3. Jeśli Wnioskodawca nie jest Pacjentem:

Dokumentacja medyczna dotyczy Pacjenta:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

4. Zwracam się z prośbą o:

- ☐ kopię ☐ kopię za zgodność z oryginałem ☐ wyciąg ☐ odpis
☐ wgląd w trakcie hospitalizacji/udzielania porady ambulatoryjnej
☐ wgląd*** do dokumentacji medycznej sporządzonej
 w okresie od do
 w ☐ Oddziale: ☐ Poradni:
☐ inne:

Zakres dokumentacji (np. całość historii choroby, wyniki badań, wypis)

.....

.....

5. Do odbioru upoważniam:

Imię i Nazwisko:

6. Forma odbioru/ przekazania dokumentacji medycznej

- ☐ odbiór osobisty ☐ osoba upoważniona
☐ przesyłka pocztowa na adres wskazany w pkt. 1 lub inny adres (jaki?):

☐ e-mail

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

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

**Wniosek o udostępnienie
dokumentacji medycznej**

Wydanie: 3

Strona 2 z 3

* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta)

** niepotrzebne skreślić

***Pracownik Spółki poinformuje Wnioskodawcę telefonicznie o proponowanym terminie wglądu w dokumentację medyczną. Wgląd w dokumentację medyczną odbywa się wyłącznie w siedzibie Spółki w obecności uprawnionego pracownika.

****Wnioskodawca zobowiązuje się do wniesienia opłaty za wydanie dokumentacji w wybranej formie zgodnie z obowiązującym cennikiem (art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - nie dotyczy wydania dokumentacji po raz pierwszy w danym zakresie), a w przypadku przesyłki pocztowej, dodatkowo do pokrycia kosztów przesyłki „za pobraniem”.

CZĘŚĆ II

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem*.

Ilość stron:

Opłaty: ☐ zwolniony ☐ opłata za stron/y
(podać ilość)

.....
Czytelny podpis pracownika

CZĘŚĆ III

Po sprawdzeniu:

- ✓ tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
- ✓ dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę (nie dotyczy wydania po raz pierwszy)

Potwierdzam wydanie ☐ kopii ☐ wyciągu ☐ odpisu dokumentacji medycznej:

Imię i Nazwisko:

Lub Nazwa uprawnionego organu lub podmiotu:

.....

Siemianowice Śląskie, dnia

.....
Czytelny podpis pracownika

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej
dokumentację

CZĘŚĆ IV

Potwierdzam dokonanie wglądu w dokumentację medyczną w dniu:

przez
(imię i nazwisko)

Potwierdzam wykonanie zdjęć; liczba wykonanych zdjęć:

Zakres wykonanych zdjęć, notatek (np. strona, wynik badania, ...)

.....
.....

.....
Czytelny podpis pracownika

 SZPITAL MIEJSKI W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH SP. Z O.O.	Załącznik nr 1 do Procedury – Udostępnianie dokumentacji medycznej – PR/PP 4		
Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej		Wydanie: 3	Strona 3 z 3

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 Ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., dalej: RODO) informujemy, że:

Administratorem danych osobowych jest Szpital Miejski w Siemianowicach Śl. sp. z o.o. ul. 1 Maja 9, 41-100 Siemianowice Śl. Administrator wyznaczył Inspektora Danych Osobowych, z którym można się kontaktować poprzez adres e-mail: iod@zozsiemianowice.pl lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej pod adresem siedziby Administratora.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w celu realizacji niniejszego wniosku i będą przechowywane przez okres 20 lat.

Podanie danych: imię i nazwisko osoby wnioskującej jest dobrowolne ale niezbędne do realizacji celu, czyli rozpatrzenia wniosku. Podanie danych opcjonalnych nie jest wymagane, ale zalecane, gdyż pomaga w ustaleniu tożsamości osoby upoważnionej do dokumentacji medycznej.

Podanie danych pacjenta jest dobrowolne, ale niezbędne do jednoznacznej identyfikacji pacjenta, bez której nie jest możliwe zrealizowanie wniosku zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Pani/Pana dane mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa: prawo dostępu do danych, prawo żądania ich sprostowania, prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Ponadto przysługuje również prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (uodo.gov.pl).

Pani/Pana dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy oraz nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (w tym w formie profilowania).

