



FORMULARZ UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

....., dnia

1. DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu, e-mail:

OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM

☐ pacjentem

PESEL															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ przedstawicielem ustawowym / opiekunem prawnym pacjenta

☐ osobą upoważnioną w dokumentacji pacjenta

☐ osobą bliską pacjenta (w przypadku zgonu pacjenta)*

2. DANE PACJENTA (wypełnić jeśli inne niż powyżej):

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

PESEL															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI

1. Dotyczy leczenia

o w poradniach/oddziałach/zakładach/pracowniach SPZOZ w Hajnówce (proszę zaznaczyć właściwe):

.....
.....
.....

o w okresie:

.....
.....

o wskazanie rodzajów dokumentów

.....
.....

4. SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć właściwe)

o do wglądu w siedzibie SPZOZ w Hajnówce

o poprzez sporządzenie wyciągu/odpisu

o poprzez sporządzenie kserokopii

o drogą elektroniczną pod wskazany adres

o inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej**

5. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć właściwe)

☐ odbiorę osobiście – opłata przy odbiorze***

☐ proszę o przesłanie przesyłką tradycyjną /e-mail na podany adres

DO ODBIORU WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ UPOWAŻNIAM

Imię i nazwisko:

nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek lub pracownika przyjmującego wniosek)

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

** pozostałe formy określone w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.



FORMULARZ UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

*** udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się na koszt wnioskodawcy, chyba że zachodzi jedna z przesłanek wyłączających pobranie opłaty, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

6. POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

7. INNE ADNOTACJE:

.....
.....

WYPEŁNIA STATYSTYK MEDYCZNY LUB ARCHIWISTA:

Wniosek przyjął/a:
Przewidywany termin odbioru:
Dokumentację przygotował/a:
Dokumentację wydał/a:
Data Podpis

Klauzula informacyjna

dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku (dalej: RODO)* informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce (dalej: Szpital), ul. Doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka, reprezentowany przez Dyrektora Szpitala.
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych należy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej iod@spzozhajnowka.pl, nr tel. 85 682 92 35.
3. Uzyskamy od Państwa następujące dane w postaci: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, numer PESEL, rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, dane dotyczące stanu zdrowia, numer telefonu, adres poczty elektronicznej.
4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia przez Administratora działalności leczniczej, w szczególności w celu świadczenia usług medycznych oraz prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej.
5. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych przez Administratora stanowią przepisy RODO w tym między innymi art. 6 ust. 1 lit. a), b), c), h) oraz art. 9 ust. 2 lit. b), c), h) w związku z zapisami *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* oraz zapisami *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, a także przepisami *Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych*.
6. Państwa dane osobowe Administrator może udostępniać upoważnianemu personelowi szpitala, osobom odbywającym staże i praktyki, podmiotom, z którymi szpital posiada umowy na świadczenie usług związanych z przetwarzaniem danych oraz organom państwowym.
7. Posiadają Państwo prawo dostępu do swoich danych osobowych, do żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu, wycofania zgody na ich przetwarzanie.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi medycznej.
9. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez Państwa wyraźnej zgody oraz nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.