

# Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

..... dnia .....

## I Dane osoby zgłaszającej wniosek

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)

.....  
.....

## II Osoba zgłaszająca wniosek jest: (proszę zaznaczyć właściwe)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Pacjentem                        | <input type="radio"/> Przedstawicielem ustawowym Pacjenta |
| <input type="radio"/> Osobą upoważnioną przez Pacjenta | <input type="radio"/> Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta* |

## III Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Data urodzenia .....

## IV Zakres wnioskowanej dokumentacji

1. Dotyczy leczenia (proszę zaznaczyć właściwe)

- we wszystkich oddziałach Ośrodka Rehabilitacji Uzależnionych "DOREN" SP ZOZ
- we wskazanych oddziałach:

.....  
.....

2. Dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe)

- leczenia w okresie.....
- całości dokumentacji medycznej
- wskazanych rodzajów dokumentów.....

.....

## V Sposób udostępnienia dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> do wglądu w siedzibie "DOREN" SP ZOZ w Różewcu | <input type="radio"/> poprzez sporządzenie kserokopii  |
| <input type="radio"/> poprzez sporządzenie wyciągu                   | <input type="radio"/> poprzez sporządzenie odpisu  |
| <input type="radio"/> poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych   | <input type="radio"/> poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres |
| <input type="radio"/> poprzez wypożyczenie oryginału**               |  |

## VI Sposób odbioru dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> odbiorę osobiście                                    | <input type="radio"/> odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie upoważniona |
| <input type="radio"/> proszę o przesłanie listem poleconym na podany adres | <input type="radio"/> poprzez przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres |

.....  
(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

\*\* Szpital 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

## VII Adnotacje pracownika Szpitala dotyczące udostępnienia dokumentacji

**A Odmowa udostępnienia** (proszę zaznaczyć w przypadku odmowy udostępnienia)

**B Udostępnienie**

1. **Potwierdzam:** (proszę zaznaczyć właściwe)

- wydanie dokumentacji medycznej  udostępnienie dokumentacji do wglądu

.....  
(data i czytelny podpis pracownika wydającego/udostępniającego dokumentację)

**IX Udostępnienie oryginału dokumentacji**

1. **Potwierdzenie wypożyczenia i zwrotu oryginału dokumentacji:**

<p><b>Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu</b></p> <p>..... (data i czytelny podpis osoby, której wypożyczono oryginał dokumentacji)</p>
<p><b>Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji:</b></p> <p>..... (data i czytelny podpis pracownika przyjmującego dokumentację)</p>

2. **Inne adnotacje:**

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

**Klauzula informacyjna**

**dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej**

- Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Dyrektor Ośrodka Rehabilitacji Uzależnionych Doren im. Berty Trusiewicz SP ZOZ. doren@doren.pl tel. 87-427--60-39 fax. 87-427-60-68
- W Ośrodku został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych sekretariat@doren.pl tel. 87-427-60-39 fax. 87-427-60-68
- Pani / Pana dane będą przetwarzane w celu prowadzenia przez Administratora działalności leczniczej, w szczególności w celu świadczenia przez Administratora usług medycznych oraz prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej.
- Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest art. 6 ust. 1 lit. c, d i art. 9 ust. 2 lit. c, h RODO w związku z przepisami ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi medycznej.
- W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w pkt 2, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane tylko uprawnionym odbiorcom, lub kategoriom odbiorców danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa lub umowy.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w ramach dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - dostępu do treści danych na podstawie art. 15 RODO;
  - sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO;
  - usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO;
  - ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO;
  - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzanych danych na podstawie art. 12 RODO, z zastrzeżeniem, że nie dotyczy to przypadków, w których Administrator posiada uprawnienie do przetwarzania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- W przypadkach, w których przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) RODO, tj. Pani/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/ Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do spraw ochrony danych osobowych.\
- Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.