

## 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\*: Ulica i numer :.....  
kod pocztowy: ....., miasto: .....

\*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:

Ja, niżej podpisany, upoważniam do odbioru w/w dokumentacji medycznej Panią/Pana:

imię i nazwisko: .....

rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

.....  
Data i czytelny podpis osoby upoważniającej

### POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: .....

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

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

## **PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI:**

- 1. Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Pomnik Chrztu Polski, 62-200 Gniezno, ul. Św. Jana 9.
- 2. IODO:** W Szpitalu Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych z którym możecie się Państwo kontaktować, pod adresem e-mail [iodo@szpitalpomnik.pl](mailto:iodo@szpitalpomnik.pl), lub pisemnie składając wniosek na adres siedziby Administratora.
- 3. Cele przetwarzania osobowych danych:** Administrator będzie przetwarzał dane osobowe osób wnioskujących w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na nim ciążącego, w celu wydania dokumentacji medycznej.
- 4. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:** administrator przetwarza dane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dane zebrane w celu realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej - administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 RODO oraz art. 26 ust. 1 - 2b) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 5. Informacje o odbiorcach danych osobowych:** Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz szpitala (kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem).
- 6. Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:** Dane osobowe osób ubiegających się o udostępnienie dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej, której dotyczył wniosek o udostępnienie, z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie.
- 7. Uprawnienia:** Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo przysługuje prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
- 8. Obowiązek podania danych:** Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do identyfikacji osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej z wykorzystaniem jego danych osobowych. Brak danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej.
- 9. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:** Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
- 10.** Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

### **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 kwotą opłacę w kasie Szpitala lub na wskazany numer konta przed wydaniem dokumentacji medycznej: **92 1560 0013 2070 4677 1000 0001**
- 3) Rozumiem i akceptuję 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)*