Samodzielny Publiczny Kołaczyce dnia

Zakład Opieki Zdrowotnej w Kołaczycach

ul. Mickiewicza 90

38-213 Kołaczyce

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**CZĘŚĆ I**

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej według niżej wskazanych kryteriów:

1. **WNIOSKODAWCA**

*Imię i nazwisko telefon kontaktowy*

*Adres*

1. **DANE PACJENTA**

*Imię i nazwisko* PESEL

1. **ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI**

* Nazwa oddziału/ poradni/ pracowni:
* Okres leczenia:

1. **FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI**

* do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego , □ wydanie wyciągu , □ wydanie wydruku
* wydanie kserokopii , □ wydanie odpisu , □ wydanie na nośniku danych elektronicznych

1. **TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI**

* wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy; *dokument tożsamości*
* wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic, opiekun prawny, kurator \* *właściwe podkreślić*)   
  imię i nazwisko; dok. tożsam
* wniosek składa osoba posiadająca upoważnienie, pisemne doraźne *( w załączeniu upoważnienie/ kopia upoważnienia)* □ wniosek składa osoba posiadająca upoważnienie stałe poprzez wpis do dokumentacji medycznej pacjenta *(kserokopia upoważnienia w załączeniu).*

1. **SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI**

* dokumentacja zostanie odebrana w siedzibie SP ZOZ
* dokumentację proszę przesłać pocztą listem poleconym za pobraniem za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres

1. **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z pouczeniem znajdującym się na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania i ewentualnej wysyłki na zasadach wskazanych w ustawie o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta , oraz w związku z dokonywaniem opłat pocztowych.

Uwaga: wykonanie kserokopii i jej wydanie nie dotyczy (nie dotyczy dokumentacji dla celów ZUS zgodnie z pismem ZUS).

……………………………………………………………….*Data i* ***czytelny podpis*** *osoby przyjmującej wniosek* *lub podpis i pieczątka imienna „z upoważnienia” ………………………………………………………………………..Data i* ***czytelny podpis*** *Wnioskodawcy*

*złożony w obecności osoby przyjmujące*

**CZĘŚĆ II**

1. **POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU / UDOSTĘPNIENIA DO WGLĄDU**

Wnioskowaną dokumentację jak w pkt 3 niniejszego wniosku, w formie jak w pkt 4 odbiera:

* pacjent, którego dokumentacja dotyczy; *dokument tożsamości .*
* przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic, opiekun prawny, kurator \**właściwe podkreślić*)   
  imię i nazwisko; dok. tożsam. ……………………
* osoba posiadająca upoważnienie, pisemne doraźne *( w załączeniu upoważnienie/ kopia upoważnienia)*
* osoba posiadająca upoważnienie stałe poprzez wpis do dokumentacji medycznej pacjenta *(kserokopia upoważnienia w załączeniu).*
  1. **Wydanie i odbiór dokumentacji**

Potwierdzam wydanie kopii, wyciągu / odpisu/ wydruku dokumentacji medycznej

*\*właściwe podkreślić*

………………………………………………………………..  
Data i **czytelny podpis** osoby wydającej dokumentację lub podpis i pieczątka imienna „z upoważnienia”.

Potwierdzam wydanie kopii, wyciągu/ odpisu/ wydruku dokumentacji medycznej

*\*właściwe podkreślić*

…………………………………………………………...  
*Data i* ***czytelny podpis*** *osoby odbierającej dokumentację*

* 1. **Udostępnienie do wglądu**

Potwierdzam udostępnienie dokumentacji do wglądu/ sporządzenia notatki / fotografii itp.\*)

*\*właściwe podkreślić*

*………………………………………………………….  
Data i* ***czytelny podpis*** *osoby\* potwierdzającej udostępnienie dokumentacji*\* lekarz/dyrektor zakładu/właściwy kierownik

Potwierdzam dokonanie wglądu do dokumentacji / sporządzenie notatki /fotografii itp.\*

\*właściwe podkreślić

*…………………………………………………………….* Data i **czytelny podpis** osoby korzystającej

* 1. **Przesłanie dokumentacji jeżeli dotyczy**

□ wysłano listem poleconym za potwierdzeniem odbioru do rąk własnych , za pobraniem pocztowym

Nr nadawczy……………………………………….………. dnia ……………………………………………………………....

**POUCZENIE**

Zgodnie z art.13 ust. 1I2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady ( UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46.WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) informuję się, że:

1. **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kołaczycach Kołaczyce, ul. Mickiewicza 90.
2. **Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych** w zakładzie poprzez adres e-mail : [inspektorochronydanych@mojapoczta.pl](mailto:inspektorochronydanych@mojapoczta.pl) ; telefon 13 446 02 13
3. **Cele przetwarzania osobowych danych:**Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do prowadzenia wykazu dotyczącego udostępnionej dokumentacji medycznej.
4. **Informacja o odbiorcach danych osobowych:**Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.
5. **Okres przez który dane osobowe będą przechowywane:**

Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 5 lat zgodnie z przepisami prawa.

1. **Uprawnienia z art. 15-21 RODO:**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania i uzupełnienia .

1. **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.

1. **Obowiązek podania danych:**

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

1. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną: pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie, upoważnionym organom.
2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma wyłącznie osoba upoważniona za życia pacjenta.
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniona w następujący sposób:

* do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej w obecności pracownika udostępniającego dokumentację i w uzgodnionym terminie
* poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii (czyt. objaśnienia u dołu strony)

1. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku kiedy wnioskującym nie jest pacjent ale upoważnił on inną osobę.
2. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy poprzez okazanie dowodu tożsamości.
3. Dokumentacja wydawana jest nie później niż w terminie 3 dni od daty złożenia wniosku dla podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, oraz rehabilitacji leczniczej a 7 dni od daty złożenia wniosku dla medycyny pracy.
4. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej wynikają z obowiązujących przepisów prawa i określa je Zarządzenie Kierownika Zakładu.

***Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych zawartych we wniosku::***

Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art.6 ust.1 lit. C RODO ) Ustawa z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze.