WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: ……..

PESEL: ……

Adres zamieszkania: ……..

Numer telefonu kontaktowego: ……..

II. Wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent, którego dokumentacja ma dotyczyć.

Imię i nazwisko pacjenta : ……..

PESEL: ……..

Jestem osobą upoważnioną przez pacjenta: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

Jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

III. Wypełnić TYLKO w przypadku gdy pacjent nie żyje.

Jestem osobą upoważnioną przez pacjenta: TAK / NIE / NIE WIEM (niepotrzebne skreślić)

Jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

W przypadku gdy wnioskodawca nie jest lub nie wie czy jest osobą upoważnioną przez pacjenta za życia proszę wypełnić poniższy punkt.
Kim dla wnioskodawcy był pacjent proszę postawić X:

- ☐ ojciec
- ☐ matka
- ☐ dziadek
- ☐ babcia
- ☐ wnuczek
- ☐ wnuczka
- ☐ syn
- ☐ córka
- ☐ mąż
- ☐ żona
- ☐ osobą pozostającą we wspólnym pożyciu
- ☐ żadna z powyższych

Oświadczam, że nie jest mi znany sprzeciw wobec udostępnieniu dokumentacji osoby zmarłej wyrażony przez inne osoby bliskie lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

_____

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

IV. WNIOSKUJĘ O

- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

- Rodzaj dokumentacji medycznej/dokumentu: ……..

  ……..
- nazwa oddziału/poradni/pracowni: ……

- okres leczenia: ……
- celem*……
  *pole nieobowiązkowe

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę wysłać na adres: ……
  ……
- ☐ proszę wysłać na adres poczty elektronicznej (e-mail):
  ……

Informacja: W przypadku udostępniania dokumentacji za pomocą korespondencji elektronicznej (e-mail) ze względów bezpieczeństwa Szpital przesyła pliki zaszyfrowane, na adres podany w dokumentacji medycznej lub ustalony w trakcie składania wniosku. Do otwarcia dokumentu potrzebne jest hasło uwierzytelniające ustalone ze Szpitalem. Ze względu na zagrożenia związane z transmisją elektroniczną Szpital rekomenduje przesyłanie dokumentów pocztą tradycyjną, przesyłką poleconą za potwierdzeniem odbioru.

- ☐ odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: ……
  - numer dowodu osobistego: ……..

Oświadczam, iż zobowiązuje się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej. W przypadku braku spełnienia warunku zwolnienia z opłat wynikających z art.28 ust 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz.U.2024 poz. 581, ze zm.) poniosę koszty wykonania : wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej lub wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych w wysokości obliczonej na podstawie art. 28 ust. 4 powyższej ustawy, oraz w przypadku przekazania dokumentów za pośrednictwem poczty, dodatkowo koszt wysyłki .

_____

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

V. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- ☐ Wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: ……..
- ☐ Wysłana na adres e-mail wskazanym we wniosku w dniu: ……..
- ☐ Odebrana osobiście przez pacjenta
- ☐ Odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - ☐ Upoważnienie w dokumentacja medycznej
  - ☐ Upoważnienie w niniejszym wniosku
  - ☐ Odrębne pisemne upoważnienie załączone do wniosku

Naliczono opłaty w wysokości: ……..

_____

Data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

VI. POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

_____

Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

VII. TOŻSAMOŚĆ OSOBY ODBIERAJĄCEJ POTWIERDZONA NA PODSTAWIE:

……

(rodzaj i numer dokumentu, wysłane za potwierdzeniem odbioru)

_____

Data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kuj., jako administrator Państwa danych osobowych, informuje Państwa, iż:

1. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu realizacji praw pacjenta i w celu realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
2. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z tym że, niektóre powyższe prawa podlegają ograniczeniu ze względu na obowiązujące przepisy prawa.
3. Dane mogą być udostępniane przez Szpital podmiotom:
    a) firmom świadczącym usługi IT wyłącznie w zakresie niezbędnym do usuwania awarii i usług serwisowych na podstawie umowy powierzenia danych osobowych,
    b) upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa.
4. Podane dane będą przetwarzane zgodnie z treścią i na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c), art. 9 ust. 2 lit. h), i) ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych (tzw. RODO)
5. Funkcję Inspektora Ochrony Danych pełni pan Dariusz Podsiedlak, kontakt z inspektorem ochrony danych w Szpitalu jest możliwy poprzez adres e-mail: iod@rodoinspektor24.pl lub pisemnie na adres szpitala.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wniosku o udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta Rzeczniku Praw Pacjenta i innymi właściwymi przepisami prawa.
7. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Jeśli w przyszłości powołany zostanie inny organ nadzorczy, ten organ będzie właściwy do rozpatrzenia skargi, z tym że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.

_____

Podpis wnioskodawcy