



**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
we Włoszczowie –
Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II
ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Do

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu/badania)

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań - podać jakich, inna)

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem opłat stanowiącym załącznik nr.1 do Regulaminu Organizacyjnego Podmiotu Leczniczego – ZOZ we Włoszczowie Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II obowiązującym

5. Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 4***:

a) odbiorę osobiście

b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona

6. Sposób udostępniania dokumentacji medycznej:

Wyciąg

Odpis

Kopia

Wgląd do dokumentacji

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie udostępnienia

Tożsamość osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie dowodu tożsamości..... nr.....

2. Ilość stron.....

3. Wniesiono opłatę (gotówką/przelewem) w wysokości.....zł.

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

Prośba o wydanie oryginału dokumentacji medycznej za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu;

.....
 (rodzaj dokumentacji)

.....
 (data zwrotu dokumentacji medycznej)

Kwituję odbiór oryginału dokumentacji medycznej

.....
 Data . podpis osoby składającej wniosek

.....
 Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Podstaw Prawna : Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (t.j Dz. U. z 2022 r. 1876 z póź. zm.)

Pouczenie:

1) Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych Pacjentów jest ZOZ we Włoszczowie.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: dane.osobowe@zozwloszczowa.pl
- 3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).
- 5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W okresach, w których Administrator przetwarza dane osobowe wyłączone jest prawo do zapomnienia (domagania się usunięcia danych osobowych);
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Oświadczam, że:

Zostałam poinformowana/ poinformowany, że sporządzenie pierwszej kopii, kserokopii, wyciągów , odpisów lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, sporządzenie dokumentacji medycznej jest bezpłatne (podstawa prawna art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
 Wykonanie kolejnej kopii dokumentacji medycznej lub jej części jest odpłatne.
 Udostępnianie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie ZOZ we Włoszczowie jest bezpłatne.

.....
 Data i podpis wnioskodawcy

Zał.1 do PO/13

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej