



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

**UPOWAŻNIENIE**  
**DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Miejscowość..... data.....
2. Imię i nazwisko pacjenta .....
3. Adres zamieszkania .....
4. PESEL.....
5. Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym Seria.....Nr.....

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem/am wniosek w dniu.....

Pana/Panią ..... legitymującą/ cego się dowodem osobistym

Seria.....Nr .....

.....  
(podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta)

**Uwaga: kopia tego dokumentu musi być załączona do dokumentacji pacjenta**

**Pouczenie:**

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
2. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępniać dokumentację medyczną:
  - Pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu
  - Osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie
  - Upoważnionym instytucjom
3. Po śmierci pacjenta prawo do wglądu i udostępniania dokumentacji medycznej ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub jego przedstawiciel ustawowy lub osoba bliska.
4. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy lub osoby upoważnionej dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
5. Dokumentacja wydawana bez zbędnej zwłoki.
6. Opłaty za wykonanie kopii dokumentacji medycznej pobierane są zgodnie z cennikiem opłat stanowiącym załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Podmiotu Leczniczego – ZOZ we Włoszczowie
7. W przypadku nie odebrania zleconej do przygotowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii na podstawie wystawionego rachunku bez podpisu.

**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](mailto: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 Pacjent  
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