

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Pacjent ¹⁾	Wnioskodawca ²⁾
Imię i nazwisko:	Imię i nazwisko:
	Nr i seria dokumentu tożsamości:
PESEL:	Nr telefonu:
	e-mail:
Nr telefonu:	Upoważnienie do odbioru dokumentacji*:
e-mail do odbioru wyników badań:	w historii choroby ☐ jednorazowe ☐
Data wizyty / badania	
w Poradni	
w Pracowni RTG	
w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej	
Ratownictwo Medyczne – działania ZRM.....	

1. Dane pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy)

2. Dane osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskania dokumentacji / przedstawiciela ustawowego (np. rodzica)

☐ Kserokopia / wydruk dokumentacji medycznej

☐ Wyciąg/Odpis dokumentacji medycznej

☐ Kopia badań na płycie CD

☐ Inne:

Jednocześnie upoważniam osobę wskazaną w punkcie 2 do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty w razie wydania drugiej i kolejnej dokumentacji medycznej z tego samego okresu wg obowiązującego cennika.

Data

Podpis Wnioskodawcy:

(wypełnia pracownik POWMED w Pruszczu Gdańskim)

Kserokopie / wydruk – ilość stron

Wyciąg / odpis – ilość stron

Ilość płyt CD / innych nośników

Pierwsze bezpłatne wydanie TAK* / NIE*

Stawka w PLN:

Wycena

Dane wnioskodawcy/osoby upoważnionej zweryfikowano na podstawie dowodu tożsamości.

.....
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

seria i numer

.....
Data i czytelny podpis pracownika

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnej z wnioskiem.

.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej

Klauzula informacyjna do wniosku o wydanie dokumentacji medycznej

Szanowni Państwo,

W związku z wejściem w życie z dniem 25 maja 2018 roku Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych dalej RODO), **Powiatowe Centrum Zdrowia POWMED** przedkłada Państwu poniższe informacje:

- 1) **Administrator danych osobowych:** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Zdrowia POWMED**, ul. prof. M. Raciborskiego 2A, 83-000 Pruszcz Gdański, tel. (58) 773 – 30 - 30, e-mail: sekretariat@powmed.pl
- 2) **Dane kontaktowe:** W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności dotyczących realizacji obowiązków Administratora danych osobowych oraz realizacji praw podmiotów danych osobowych należy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych kierując korespondencję na adres wskazany powyżej lub na adres e-mail: iod@powmed.pl
- 3) **Cel i podstawy prawne przetwarzania danych:** Celem przetwarzania danych jest udostępnienie dokumentacji medycznej na podstawie art. 26 ust. 1-2b ustawy z dnia 6 listopada 2009 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (**Dz.U. 2024, poz. 581**) tj. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (**art. 6 ust. 1 lit. c RODO**)
- 4) **Odbiorcy danych:** organy państwowe i inne podmioty uprawnione na podstawie przepisów, firmy kurierskie, ubezpieczeniowe i pocztowe, osoby upoważnione do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz osoby upoważnione do uzyskiwania dokumentacji medycznej, dostawcy usług prawnych i ochrony danych osobowych.
- 5) **Informacja o przekazywaniu danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowej:** Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, czyli poza Europejski Obszar Gospodarczy (Kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Liechtenstein i Norwegia).
- 6) **Okres przechowywania:** okres przetwarzania danych zależy od podstawy prawnej ich przetwarzania:
 - Dane osobowe będą przetwarzane do czasu ustania obowiązków przetwarzania wskazanych w przepisach prawa dotyczących podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych oraz dotyczących dokumentacji medycznej Pacjenta na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - okres przetwarzania danych może być przedłużony w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami, a po tym okresie, jedynie w przypadku i w zakresie, w jakim będą wymagać tego przepisy prawa;
 - po upływie okresu przetwarzania, dane są nieodwracalnie usuwane lub zanonimizowane.
- 7) **Informacja o przysługujących Pani/Panu prawach:**
 - Prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - Prawo do sprostowania danych osobowych;
 - Prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - Prawo do przenoszenia danych osobowych w zakresie przetwarzania zautomatyzowanego na podstawie umowy lub zgody;
 - Prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).
- 8) **Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:** podane dane osobowe nie będą wykorzystywane do decyzji opartych na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
- 9) **Informacja o wymogu podania danych:**
 - Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji celu udostępnienia dokumentacji. Niepodanie danych może skutkować odmową wydania dokumentacji medycznej.