

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI

przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem na odwrocie wniosku

Szczecinek, dnia.....

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres: tel.:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)*

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie kserokopii, wydruku
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu
- wydanie nośnika danych z zapisaną dokumentacją medyczną

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko: PESEL:.....

Adres:

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)*

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: *(proszę podać nazwę oddziału/poradni/komórki organizacyjnej oraz okres leczenia)*

.....w okresie

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)*

- dokumentację odbiorę osobiście*)/przez osobę upoważnioną*) w siedzibie podmiotu leczniczego
- dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt.1*), za pobraniem*)(obejmującym koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki wg Stawek Poczty Polskiej)

5. PROSIMY ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 - RODO) informujemy, że:

- 1) **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest
Szpital w Szczecinku Sp. z o.o. ul. Kościuszki 38, 78-400 Szczecinek
NIP 673-185-70-08, REGON 320524190
tel.: 94 37-43-333, fax: 94 37-30-886, adres e-mail: sekretariat@szpital.szczecinek.pl
- 2) **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**
W Szpitalu w Szczecinku Sp. z o.o. ul. Kościuszki 38, 78-400 Szczecinek został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, dane kontaktowe: tel. 508-436-305, adres e-mail: iod@szpital.szczecinek.pl
- 3) **Cele przetwarzania osobowych danych**
Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej.
- 4) **Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych**

Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (podstawa prawna z art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

5) Informacje o odbiorcach danych osobowych

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

6) 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 jednolitym rzeczowym wykazem akt Szpitala w Szczecinku Sp. z o.o.

7) Uprawnienia z art. 15 – 21 RODO

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

8) 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.

9) Obowiązek podania danych

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

10) Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji

Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

6. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

7. POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU:

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

***) niepotrzebne skreślić**

POUCZENIE

1. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
 - pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
 - osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie;
 - upoważnionym organom.
3. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
 - do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego w obecności pracownika udostępniającego dokumentację i w uzgodnionym terminie,
 - poprzez sporządzenie jej wydruku, wyciągu, odpisu lub kopii,
 - poprzez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,
 - na informatycznym nośniku danych.Szpital w Szczecinku Sp. z o.o. nie udostępnia dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
5. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
6. Zgoda na udostępnienie dokumentacji albo jej odmowa następuje na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej. W przypadku nie wyrażenia zgody odmowa wydania dokumentacji wydawana jest w formie pisemnej z uzasadnieniem.
7. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
8. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
9. Dokumentacja wydawana jest nie później niż w terminie 7 dni od daty złożenia wniosku.
10. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej wynoszą:
 - jedna strona wyciągu lub odpisu – 9,03 zł,
 - jedna strona kopii – 0,32 zł,
 - udostępnienie dokumentacji na nośniku elektronicznym – 1,81 zł.

Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.

11. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów sporządzonej kopii na podstawie wystawionej faktury bez podpisu.

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
 2. Ustawa Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.
 3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
 4. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 - RODO).
 5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
-