



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

....., dnia

I Dane osoby zgłaszającej wniosek

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)

.....
.....

II Osoba zgłaszająca wniosek jest: *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- Pacjentem Przedstawicielem ustawowym Pacjenta
 Osobą upoważnioną przez Pacjenta Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta*

III Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Data urodzenia

IV Zakres wnioskowanej dokumentacji

1. Dotyczy leczenia we wskazanych poradniach / klinikach / oddziałach / pracowniach:

.....
.....

2. Dotyczy *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- leczenia w okresie.....
 wskazanych rodzajów dokumentów.....

.....
.....

V Sposób udostępnienia dokumentacji *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- do wglądu w siedzibie Olmedica w Olecku Sp. z o.o.
- poprzez sporządzenie kserokopii za zgodność z oryginałem
- poprzez sporządzenie skanu i przesłanie pocztą elektroniczną na wskazany adres mailowy
- poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych

VI Sposób odbioru dokumentacji *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- odbiorę osobiście odbierze osobiście osoba pisemnie
przeze mnie upoważniona
 proszę o przesłanie skanu na nośniku danych listem
poleconym na adres: proszę o przesłanie listem poleconym na podany
adres

Proszę o przesłanie skany pocztą elektroniczną na adres
mailowy:

.....

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek lub pracownika przyjmującego wniosek)

* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

VII Adnotacje pracownika Szpitala dotyczące udostępnienia dokumentacji

A Odmowa udostępnienia (proszę zaznaczyć w przypadku odmowy udostępnienia)

.....
.....

B Udostępnienie

Potwierdzam: (proszę zaznaczyć właściwe)

- wydanie dokumentacji medycznej udostępnienie dokumentacji do wglądu

.....
(data i czytelny podpis pracownika wydającego/udostępniającego dokumentację)

VIII Udostępnienie oryginału dokumentacji

1. Potwierdzenie wypożyczenia i zwrotu oryginału dokumentacji:

<p>Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu</p> <p>.....</p> <p>(data i czytelny podpis osoby, której wypożyczono oryginał dokumentacji)</p>
<p>Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji:</p> <p>.....</p> <p>(data i czytelny podpis pracownika przyjmującego dokumentację)</p>

2. Inne adnotacje:

.....
.....
.....

Klauzula informacyjna

dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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, dalej również „*RODO*”), informujemy, że:

- Administratorem** Państwa danych osobowych Olmedica w Olecku Sp. z o.o., ul. Gołdapska 1, 19 – 400 Olecko, reprezentowana przez Dyrektora.
- Administrator** wyznaczył **Inspektora Ochrony Danych**, który sprawuje nadzór nad przestrzeganiem przepisów o ochronie danych osobowych. Dane kontaktowe: iodo@olmedica.pl, tel. 517-109-217.
- Uzyskamy** od Państwa następujące dane w postaci: nazwisko i imię (imiona), numer PESEL, dane dotyczące stanu zdrowia, numer telefonu, adres poczty elektronicznej.
- Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu** rozpatrzenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a *RODO*, art. 9 ust. 2 lit. a *RODO* oraz w związku z zapisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz zapisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także przepisami Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.
- Państwa dane osobowe** Administrator może udostępniać upoważnianemu personelowi szpitala, osobom odbywającym staże i praktyki, podmiotom, z którymi szpital posiada umowy na świadczenie usług związanych z przetwarzaniem danych oraz organom państwowym.
- Posiadają Państwo prawo** dostępu do swoich danych osobowych, do żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu, wycofania zgody na ich przetwarzanie, złożenia skargi do UODO w Warszawie.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości rozpoznania wniosku i udostępnienia dokumentacji medycznej.
- Państwa dane osobowe **nie będą przekazywane** do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- Państwa dane osobowe **nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez Państwa wyraźnej zgody** oraz nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.