

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### PROSZE WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI

przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem o podstawach prawnych wniosku oraz o podstawach przetwarzania danych osobowych.

Brzeg, dnia.....

#### 1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko ..... PESEL: .....

Adres: .....tel:.....

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

do wglądu w siedzibie placówki

w inny sposób tj. sporządzenie kopii, wyciągu, wydruku, odpisu, na informatycznym nośniku danych, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej\*

do celów.....

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 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

pocztą za potwierdzeniem odbioru na adres.....

#### 5. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża placówki Human Guardian Patrycja Orzeszyna.

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

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

## 5. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI\*\*

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

**\*) niepotrzebne proszę skreślić**

**\*\*\*) dotyczy wnioskodawców, którym udostępniono dokumentację w placówce podmiotu leczniczego**

### POUCZENIE

1. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością placówki Patrycja Orzeszyna Human Guardian. udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Patrycja Orzeszyna Human Guardian ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
  - pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
  - osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie i po wyrażeniu zgody przez osobę upoważnioną na przetwarzanie jej danych przez Patrycja Orzeszyna Human Guardian
  - upoważnionym organom.
3. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma wyłącznie osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
  - do wglądu w siedzibie placówki w obecności pracownika udostępniającego dokumentację i w uzgodnionym terminie;
  - poprzez sporządzenie jej kopii
  - poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów.
5. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu następuje wyłącznie na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.
6. Pacjent ani osoba upoważniona nie może żądać wydania oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii,
7. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
8. Zgoda na udostępnienie dokumentacji albo jej odmowa następuje na podstawie decyzji organu zarządzającego placówką Patrycja Orzeszyna Human Guardian lub osoby przez niego upoważnionej. W przypadku nie wyrażenia zgody odmowa wydania dokumentacji wydawana jest w formie pisemnej z uzasadnieniem.
9. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do odbioru dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
10. Dokumentacja wydawana jest nie później niż w terminie 14 dni od daty złożenia wniosku.
11. Niniejsza placówka udostępnia dokumentację medyczną bezpłatnie, za wyjątkiem sytuacji, gdy dokumentacja ta ma być przesłana pocztą.

## **Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 RODO informujemy, że

1. administratorem Państwa danych osobowych jest Patrycja Orzeszyna Human Guardian z siedzibą w Częstochowie (42-221) przy ul. Jabłonowej 5, tel. 601 – 582 – 640

2. Wszelkie zapytania odnoszące się do danych osobowych można kierować do administratora danych osobowych na adres:

[kdiagnostyk@gmail.com](mailto:kdiagnostyk@gmail.com) lub inspektora ochrony danych osobowych na adres: Brzeskie Centrum Medyczne Pracownia tomografii komputerowej, ul. Mossora 1, 49- 300 Brzeg, mailowo: inspektordanosob@gmail.com lub telefonicznie: 697 – 317 – 003.

3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

a) udzielenie świadczeń zdrowotnych (podstawa prawna przetwarzania danych art. 9 ust. 2 lit. h RODO w związku z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

b) marketingowych administratora danych osobowych (podstawa prawna przetwarzania danych to wyrażona przez Państwa zgoda na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO).

4. Odbiorcy Państwa danych osobowych – podmioty przetwarzające Państwa dane na polecenie administratora danych lub inne podmioty, których udział w realizacji celów, o których mowa w pkt 3 jest niezbędny.

5. Czas przetwarzania Państwa danych – niezbędny do realizacji celów o których mowa w pkt 3 oraz wynikający z przepisów prawa powszechnie obowiązującego,

6. Państwa prawa:

a) dostęp do treści swoich danych/danych dziecka

b) prawo do sprostowania danych i ich usunięcia

c) prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych

d) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych

e) prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, jeśli ich przetwarzanie odbywało się na podstawie Państwa zgody przy czym cofnięcie zgody na przetwarzanie danych nie ma wpływu na przetwarzanie, do którego dochodziło na podstawie zgody przed jej cofnięciem

f) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji uznania, iż do przetwarzania Państwa danych lub danych Państwa dziecka doszło z naruszeniem obowiązującego prawa

7. Podanie przez Państwa danych w celu określonym w pkt 3 jest wymogiem ustawowym lub związanym z koniecznością spełnienia oferty. Odmowa podania tych danych wiąże się z brakiem możliwości udzielenia Państwu świadczeń zdrowotnych. Podanie przez Państwa danych w celu określonym w pkt 3 jest dobrowolne.

8. Przetwarzanie Państwa danych odbywać się będzie w sposób zautomatyzowany, jak również w formie profilowania. Skutkiem takiego sposobu przetwarzania Państwa danych będzie możliwość zakwalifikowania Państwa do udziału w programach badań profilaktycznych przy współpracy z NFZ lub innymi organami administracji publicznej.

.....  
(czytelny podpis dziecka pow. 16 r. ż.)

.....  
(czytelny podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego)

---

### *Podstawy prawne:*

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r nr 112 poz. 654 );

2. Ustawa Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r (Dz. U. z 2009, nr 52, poz. 417 z późn. zm.)

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)

4. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018, poz. 1000)

5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 202, poz. 2135 z późn. zm.)

**\*)Objaśnienia:** → **kserokopia** - czysta kopia tekstu lub rysunku wykonana za pomocą kserokopiarki - bez potwierdzenia za zgodność z oryginałem;