

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres**:
Adres e-mail***:

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

<input type="radio"/> do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
<input type="radio"/> wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem
<input type="radio"/> wydanie wyciągu
<input type="radio"/> wydanie odpisu
<input type="radio"/> wydanie wydruku
<input type="radio"/> za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
<input type="radio"/> na informatycznym nośniku danych CD/DVD w przypadku badań obrazowych

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:

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

<input type="radio"/> wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
<input type="radio"/> wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta / opiekun prawny (<i>niepotrzebne skreślić</i>)
<input type="radio"/> wnioskodawca posiada upoważnienie udzielone przez pacjenta
<input type="radio"/> inny – wskazać jaki (np. po śmierci pacjenta osoba bliska ze wskazaniem stopnia pokrewieństwa lub powinowactwa; przez osobę bliską zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2) ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Prawa Pacjenta rozumie się - małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta):

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

Poradnia / Oddział
W okresie

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

<input type="radio"/> dokumentację odbiorę osobiście
<input type="radio"/> przez osobę upoważnioną
<input type="radio"/> inne – wskazać w jaki sposób:

5. **OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że zapoznałem/-am się ze sposobem i trybem udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania.

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

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

6. **POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU:**

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej. L.p. w wykazie wydanej dokumentacji medycznej: []

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

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną)

UWAGA!!! W przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba inna niż pacjent, którego dokumentacja jest udostępniana lub osoba inna niż wskazana przez pacjenta w dokumentacji medycznej, konieczne jest załączenie upoważnienia do udostępniania dokumentacji medycznej.

****wyłącznie w przypadku udostępniania dokumentacji drogą pocztową**

*****wyłącznie w przypadku udostępniania dokumentacji za pośrednictwem poczty elektronicznej**

Klauzula informacyjna

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

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Athleticomed spzoo
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udostępnienie dokumentacji medycznej na podstawie art. 6 ust. 1 a RODO.
3. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie Administratora, w tym w szczególności serwisantom, dostawcom serwerów oraz oprogramowania, podmiotom, którym przekazywana jest dokumentacja w celu archiwizacji i niszczenia.

4. Państwa dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez czas niezbędny do realizacji w/ celu a po jego zakończeniu przez czas wymagany obowiązującymi przepisami prawa oraz procedurami archiwizacji dokumentów obowiązującymi u Administratora.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia danych o ile nie są one już niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w inny sposób przetwarzane, ograniczenia przetwarzania w uzasadnionych przypadkach, , prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem o ile dane są przetwarzane na podstawie zgody.
7. W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale jest równocześnie niezbędne do przekazania Państwu dokumentacji medycznej.