



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

I. Wnioskodawca: Pacjent/osoba upoważniona przez pacjenta*

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy:

Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL:

II. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie (właściwe zakreślić – 1 pozycja):

- ☐ do wglądu na miejscu
- ☐ **kopia** dokumentacji papierowej / **wydruk** dokumentacji elektronicznej
- ☐ **skan** dokumentacji - za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail:

.....

☐ wyciąg / **odpis** zgodny z oryginałem ((proszę podkreślić właściwe)

☐ na informatycznym nośniku danych

☐ inne

z leczenia w

☐ POZ obejmującej okres: od do.....

☐ Poradni specjalistycznej(jakiej)

obejmującej okres: od..... do.....

☐ Pracowni fizjoterapii obejmującej okres: od do.....

Zarazem potwierdzam, że zostałem pouczony w zakresie ochrony danych osobowych na podstawie pouczenia stanowiącego część wniosku.

.....
data,

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

III. Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....
data

.....
czytelny podpis odbierającego

IV. Tożsamość osoby odbierającej kopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

.....
(nazwa dokumentu)

.....
data

.....
czytelny podpis osoby wydającej

*ŻĄDANIE PRZESŁANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

Ja, niżej podpisany/a: w związku z żądaniem przeze mnie przesłania kopii dokumentacji medycznej, na podany przeze mnie adres e-mail: z hasłem oświadczam, że wskazany przeze mnie adres e-mail jest moim adresem poczty elektronicznej oraz został wpisany poprawnie.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną.

Jasienica,

dnia

.....
czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę



POUCZENIE W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (zwane dalej: „RODO”) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy, ul. Zdrowotna 4, 43-385 Jasienica reprezentowany przez Kierownika. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się listownie na adres: ul. Zdrowotna 4, 43-385 Jasienica lub z wyznaczonym u Administratora Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@sgzozjasienica.pl
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (szczególnie art. 26 i 27 ww. ustawy) oraz art. 6 ust. 1 lit. c RODO, do celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w postaci udostępnienia dokumentacji medycznej i rozliczenia opłat za jej udostępnienie,
- 3) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych, w zależności od potrzeby, będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz/lub: podmioty zajmujące się obsługą prawną i bezpieczeństwem danych osobowych w SGZOZ, dostawcy usług technicznych i informatycznych SGZOZ, osoby upoważnione przez Panią/Pana,
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres przewidziany przepisami prawa, a w szczególności na zasadach wynikających z ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, to jest okres 5 lat,
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych (na zasadach z art. 15 RODO), ich sprostowania (na zasadach z art. 16 RODO), usunięcia (na zasadach art. 17 RODO) lub ograniczenia przetwarzania (na zasadach art. 18 RODO), prawo do przenoszenia danych (na zasadach art. 20 RODO, gdy przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany),
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, to jest Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa),
- 7) podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa, a brak podania danych może uniemożliwić rozpatrzenie wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, czy też uniemożliwić udostępnienie dokumentacji też lub skutkować niemożnością wykonania innych czynności, dla których konieczne jest przetwarzanie Pani/Pana danych.



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

I. Wnioskodawca: Pacjent/osoba upoważniona przez pacjenta*

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy:

Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL:

II. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie (właściwe zakreślić – 1 pozycja):

☐ do wglądu na miejscu

☐ **kopia** dokumentacji papierowej / **wydruk** dokumentacji elektronicznej

☐ **skan** dokumentacji - za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail:

.....

☐ **wyciąg / odpis** zgodny z oryginałem ((proszę podkreślić właściwe)

☐ na informatycznym nośniku danych

☐ inne

z leczenia w

☐ POZ obejmującej okres: od do.....

☐ Poradni specjalistycznej(jakiej)

obejmującej okres: od..... do.....

☐ Pracowni fizjoterapii obejmującej okres: od do.....

Zarazem potwierdzam, że zostałem pouczony w zakresie ochrony danych osobowych na podstawie pouczenia stanowiącego część wniosku.

.....
data,

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

III. Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....
data

.....
czytelny podpis odbierającego

IV. Tożsamość osoby odbierającej kopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

.....
(nazwa dokumentu)

.....
data

.....
czytelny podpis osoby wydającej

*ŻĄDANIE PRZESŁANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

Ja, niżej podpisany/a: w związku z żądaniem przeze mnie przesłania kopii dokumentacji medycznej, na podany przeze mnie adres e-mail: z hasłem oświadczam, że wskazany przeze mnie adres e-mail jest moim adresem poczty elektronicznej oraz został wpisany poprawnie.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną.

Jasienica,

dnia

.....
czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę



POUCZENIE W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (zwane dalej: „RODO”) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy, ul. Zdrowotna 4, 43-385 Jasienica reprezentowany przez Kierownika. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się listownie na adres: ul. Zdrowotna 4, 43-385 Jasienica lub z wyznaczonym u Administratora Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@sgzozjasienica.pl
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (szczególnie art. 26 i 27 ww. ustawy) oraz art. 6 ust. 1 lit. c RODO, do celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w postaci udostępnienia dokumentacji medycznej i rozliczenia opłat za jej udostępnienie,
- 3) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych, w zależności od potrzeby, będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz/lub: podmioty zajmujące się obsługą prawną i bezpieczeństwem danych osobowych w SGZOZ, dostawcy usług technicznych i informatycznych SGZOZ, osoby upoważnione przez Panią/Pana,
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres przewidziany przepisami prawa, a w szczególności na zasadach wynikających z ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, to jest okres 5 lat,
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych (na zasadach z art. 15 RODO), ich sprostowania (na zasadach z art. 16 RODO), usunięcia (na zasadach art. 17 RODO) lub ograniczenia przetwarzania (na zasadach art. 18 RODO), prawo do przenoszenia danych (na zasadach art. 20 RODO, gdy przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany),
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, to jest Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa),
- 7) podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa, a brak podania danych może uniemożliwić rozpatrzenie wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, czy też uniemożliwić udostępnienie dokumentacji też lub skutkować niemożnością wykonania innych czynności, dla których konieczne jest przetwarzanie Pani/Pana danych.