

Хожув,.....

**Директору**  
**АК ЗОЗ Комплекс міських лікарень в Хожуві**

**Заява про доступ до медичної документації**

1. Заявник:

Ім'я та прізвище .....

Адреса .....

PESEL.....

Контактний телефон .....

2. Юридичне право на отримання медичної документації (будь ласка, позначте «X» у відповідному полі):

- Заява подається пацієнтом, до якої відноситься документація
- Заявник був уповноважений пацієнтом
- Заява подається законним представником пацієнта
- Заяву подає близька людина .....(вказати ступінь спорідненості)

3. Дані пацієнта, якого стосується звернення (заповнюється, якщо заявник просить ознайомитися з документацією від імені пацієнта або як законний представник, або як близька особа):

Ім'я та прізвище .....

Адреса .....

PESEL.....

4. Документація стосується лікування (вказати назву організаційного підрозділу – відділення/клініку та період лікування):.....

5. Вид медичної документації

- Історія хвороби
- Інформаційна картка
- Висновки
- Інший .....

6. Прошу надати медичну документацію:

- для ознайомлення в приміщенні медичної установи
- шляхом виготовлення виписки/витягу/копії (у вигляді ксерокопії)/роздруківки<sup>1</sup>
- на носії інформації
- засобами електронного зв'язку (будь ласка, вкажіть засіб зв'язку та дані для надіслання документацію)
- шляхом сканування (зробивши скан у вигляді цифрової копії), вказати спосіб передачі

<sup>1</sup> Закреслити зайве або обвести необхідне

7. Спосіб отримання медичної документації (заповнюється у разі запиту доступу до медичної документації в інший спосіб ніж через електронні засоби зв'язку):

- Документацію отримаю особисто в приміщенні медичного закладу
- Документацію отримаю за посередництвом уповноваженої особи в приміщенні медичної установи (будь ласка, надайте дані особи, уповноваженої для отримання: .....  
.....)
- Документи надсилаються рекомендованим листом (вказуйте адресу для вручення, якщо вона відрізняється від адреси проживання заявника: .....  
.....)

8. Повідомляю, що я вперше звертаюся за наданням медичної документації в необхідному обсязі та в порядку, передбаченому ст. 27 абз. 1 пп. 2 і 5 і абз. 3 Закону «Про права пацієнта та Уповноваженого з прав пацієнта» (заповнюється у разі запиту на доступ до медичної документації шляхом виготовлення виписки, витягу, копії (у вигляді ксерокопії або скану), роздруківки або запису на носії даних):

- ТАК
- НІ

.....  
(розбірливий підпис заявника)

**9. Заява:**

**Я заявляю, що я ознайомився з правилами надання медичної документації в АК ЗОЗ Комплекс міських лікарень у Хожуві, я розумію та приймаю процедуру надання медичної документації та зобов'язуюсь сплатити плату за її надання, якщо є такий обов'язок.**

.....  
(розбірливий підпис заявника)

**10. Інформаційна клаузула щодо опрацювання персональних даних:**

- 1) Контролером персональних даних є Автономний комунальний заклад охорони здоров'я Комплекс міських лікарень у Хожуві, вул. Стшельцув Битомських, 11, 41-500 Хожув, NIP: 6271923530, REGON: 271503410, KRS: 0000011939.
- 2) Зв'язатися з Уповноваженим із захисту даних Контролера можна за електронною адресою - [iod@zsm.com.pl](mailto:iod@zsm.com.pl)
- 3) Надані персональні дані опрацьовуються з метою надання медичної документації, відповідно до ст. 6 абз. 1 літ. в та ст. 9 абз. 2 літ. h ЗРЗД.
- 4) Надання персональних даних є добровільним, але необхідним для оформлення запиту на доступ до медичної документації.
- 5) Надані персональні дані опрацьовуватимуться протягом періоду часу, який впливає з положень законодавства, та протягом періоду позовної давності, що впливає з поданої заяви про доступ до медичної документації.
- 6) Одержувачами персональних даних можуть бути суб'єкти, уповноважені на це відповідно до законодавства, та інші суб'єкти, які надають Контролеру послуги, пов'язані з наданням медичної документації (наприклад, постачальники ІТ-послуг, постачальники послуг з архівування та утилізації документації тощо).
- 7) Надані персональні дані не будуть передаватися в треті країни.
- 8) Суб'єкт даних має право на доступ до своїх даних, їх виправлення, оновлення та право обмежити опрацювання даних, а також, якщо законом не передбачено інше, право видалити їх, заперечити проти опрацюванню та право на мобільність даних.
- 9) Суб'єкт даних має право подати скаргу до наглядового органу, якщо він вважає, що опрацювання його персональних даних порушує положення ЗРЗД.
- 10) На підставі персональних даних Контролер не прийматиме автоматизованих рішень, у тому числі рішень, які є результатом профілювання.

Я підтверджую, що ознайомився зі змістом інформаційної клаузули щодо опрацювання персональних даних.

.....  
(розбірливий підпис заявника)

11. Видача медичної документації (для отримання в медичній установі):

Дата видачі документації.....

Стягнуто плату у розмірі ..... злотих за ..... сторінки(ок) медичної документації

Підтверджую видачу медичної документації

Підтверджую отримання медичної документації

.....  
Підпис особи, яка видає медичну документацію

.....  
Підпис заявника/уповноваженої особи