Załącznik nr 1 do procedury udostępniania dokumentacji medycznej

Chorzów, dnia……….……………………

# Do Dyrektora

**SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie**

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko………………………………………………………………..………………………………Adres zamieszkania…………………………………………………………….………………………………

PESEL…………………………………………………………...…….……………………………………….

Nr telefonu kontaktowego ……………………………………………………………………………………..

1. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce):

Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

Wnioskodawca został upoważniony przez pacjenta

Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

Wniosek składa osoba bliska………………………………………..(wskazać stopień pokrewieństwa)

1. Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek (wypełnić, w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji z upoważnienia pacjenta lub jako przedstawiciel ustawowy lub jako osoba bliska):

Imię i Nazwisko………………………………………………………………………………………….…...

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………..

PESEL………………………………………………………………………………………………………..

1. Dokumentacja dotyczy leczenia (podać nazwę komórki organizacyjnej - Oddziału/Poradni oraz okres leczenia):

………………………………………………………………………………………………………………………

1. Rodzaj dokumentacji medycznej

Historia choroby Karta informacyjna Wyniki badań

Inne ........................................................................................................................ ...................................

1. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej:

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

przez sporządzenie jej wyciągu / odpisu / kopii (w formie kserokopii) / wydruku[[1]](#footnote-1)

na informatycznym nośniku danych

za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (proszę wskazać środek komunikacji oraz dane umożliwiające przesłanie dokumentacji) …………………………………………………………………

poprzez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu), wskazać sposób przekazania

1. Sposób odbioru dokumentacji medycznej (uzupełnić w przypadku wnioskowania o udostępnienie dokumentacji medycznej w inny sposób, niż za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej):

Dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego

Dokumentację odbiorę przez osobę upoważnioną w siedzibie podmiotu leczniczego (proszę wskazać dane identyfikujące osobę upoważnioną do odbioru: …………………………………… .………………………………………………………………………………..………………..….)

Dokumentację proszę przesłać listem poleconym (proszę wskazać adres do doręczeń, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania wnioskodawcy: ……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….)

1. Oświadczam, że wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (uzupełnić w przypadku wnioskowania o udostępnienie dokumentacji medycznej przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii (w formie kserokopii albo skanu), wydruku albo na informatycznym nośniku danych):

TAK

NIE

………………………………………………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy)

1. **Oświadczenie:**

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, rozumiem i akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia opłaty za jej udostępnienie, o ile będzie zachodzić obowiązek jej poniesienia.**

………………………………………………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy)

1. **Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych:**
2. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów, NIP: 6271923530, REGON: 271503410, KRS : 0000011939.
3. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Administratora możliwy jest pod adresem e-mail – iod@zsm.com.pl
4. Podane dane osobowe przetwarzane są w celu udostępnienia dokumentacji medycznej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2lit. h RODO.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu zrealizowania wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
6. Podane dane osobowe przetwarzane będą przez okres czasu wynikający z przepisów prawa oraz przez okres przedawnienia roszczeń wynikających ze złożonego wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
7. Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do tego na podstawie przepisów prawa oraz inne podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi związane z udostępnianiem dokumentacji medycznej (np. dostawcy usług IT, dostawcy usług archiwizacji i utylizacji dokumentacji itp.).
8. Podane dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
9. Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania i prawo do ograniczenia przetwarzania danych, a w zakresie, w którym przepisy prawa nie stanowią inaczej również prawo do ich usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
10. Osoba, której dane dotyczą posiada prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO.
11. W oparciu o dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

………………………………………………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy)

1. Wydanie dokumentacji medycznej (dotyczy odbioru w siedzibie podmiotu leczniczego):

Data wydania dokumentacji………………………………………………………….

Pobrano opłatę w wysokości ……………………..PLN za stron dokumentacji medycznej

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

……………………….......………………….. ……………………………………………………..

Podpis osoby wydającej dokumentację Podpis wnioskodawcy / osoby medyczną upoważnionej2

1. Niepotrzebne skreślić lub właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-1)