

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
2. 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)
3. 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.....
4. Dokumentacja dotyczy leczenia (podać nazwę komórki organizacyjnej - Oddziału/Poradni oraz okres leczenia):
.....
5. Rodzaj dokumentacji medycznej
 Historia choroby
 Karta informacyjna
 Wyniki badań
 Inne
6. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej:
 do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
 przez sporządzenie jej wyciągu / odpisu / kopii (w formie kserokopii) / wydruku¹
 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 Niepotrzebne skreślić lub właściwe zakreślić

7. 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:)

8. 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)

9. 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)

10. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych:

- 1) 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.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Administratora możliwy jest pod adresem e-mail – iod@zsm.com.pl
- 3) Podane dane osobowe przetwarzane są w celu udostępnienia dokumentacji medycznej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.
- 4) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu zrealizowania wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- 5) 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.
- 6) 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.).
- 7) Podane dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
- 8) 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.
- 9) Osoba, której dane dotyczą posiada prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 10) 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)

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

Data wydania dokumentacji.....

Pobrano opłatę w wysokości PLN zastron dokumentacji medycznej

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
Podpis osoby wydającej dokumentację
medyczną

.....
Podpis wnioskodawcy / osoby
upoważnionej2