

Lubartów, dnia.....

## Wniosek o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej

### 1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL: ..... Tel. kontaktowy .....

### 2. Dane pacjenta którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku gdy wnioskodawcą nie jest pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL ..... Tel. kontaktowy .....

### 3. Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia (podać nazwy oddziałów / poradni oraz daty udzielenia świadczenia zdrowotnego):

.....  
.....

### 4. Sposób odbioru dokumentacji:

- odbiorę osobiście/przez osobę upoważnioną
- proszę o wysłanie pocztą na adres:.....
- wnioskuję o wgląd do dokumentacji medycznej na miejscu

### Oświadczam iż:

- **Rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej.**
- **Zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z wykonaniem kopii wnioskowanej dokumentacji medycznej zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz cennikiem obowiązującym w SPZOZ w Lubartowie.**
- **Pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku przesłania dokumentacji pocztą) w wysokości: gabaryt S-15,99 zł brutto, gabaryt M- 17,59 zł brutto, gabaryt L-20,54 zł brutto (wysyłka „za pobraniem”, usługa Pocztex w serwisie Kurier 48). Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.**
- W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kserokopii i wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu osoby uprawnionej do otrzymania faktury.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam tożsamość wnioskodawcy  
oraz jego prawo do dostępu do wnioskowanej  
dokumentacji medycznej

.....  
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....  
(podpis osoby odbierającej dokumentację)

Uzgodniony termin odbioru dokumentacji  
medycznej.....

Data wydania/wysłania dokumentacji:  
.....

Ilość stron:

Wartość odpłatności (zł):

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) informujemy, że:

**1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest**

SPZOZ w Lubartowie ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów

NIP: 714-16-32-875, REGON: 431219957

tel.: 81 855-28-07, fax: 81 855-28-76, adres e-mail: sekretariat@spzoz-lubartow.pl

**2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**

SP ZOZ w Lubartowie ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów

tel.: 81 855-28-07 wew. 431

e-mail [j.turbakiewicz@spzoz-lubartow.pl](mailto:j.turbakiewicz@spzoz-lubartow.pl)

**3) Cele przetwarzania osobowych danych**

Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej.

**4) Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych**

Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (podstawa prawna z art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

**5) Informacje o odbiorcach danych osobowych**

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

**6) Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane**

Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 5 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt Szpitala w Lubartowie

**7) Uprawnienia z art. 15 – 21 RODO**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

**8) Prawo do wniesienia skargi**

Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

**9) Obowiązek podania danych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

**10) Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

**Świadomy(a) odpowiedzialności karnej**, wynikającej z art. 233 ustawy z 6.06.1997r. Kodeks karny o składaniu fałszywych zeznań, **oświadczam, że jestem osobą bliską pacjenta**, o którego dokumentację medyczną wnioskuję. **Jestem:** małżonkiem(a), krewnym do drugiego stopnia, powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielem ustawowym, osobą pozostającą we wspólnym pożyciu (**zaznaczyć właściwe**).