

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-15,74 zł brutto, gabaryt M- 17,34 zł brutto, gabaryt L-20,30 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

Uzgodniony termin odbioru dokumentacji
medycznej.....

Data wydania/wysłania dokumentacji:

.....

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

Ilość stron:

Wartość odpłatności (zł):

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(podpis osoby odbierającej dokumentację)

PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI

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

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.