

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nazwisko i Imię Pacjenta:	
PESEL (Pacjenta):	
Tel. kom*:	
Adres e-mail*:	
Poniższa treść podlega wypełnieniu w przypadku gdy wnioskodawcą nie jest Pacjent.	
Nazwisko i Imię Wnioskodawcy:	
PESEL (Wnioskodawcy):	
Tel. kom*:	
Adres e-mail*:	
<u>Szpital Pro-Familia w Rzeszowie będzie się kontaktował pod podanym przez Ciebie numerem telefonu czy adresem e-mail, aby np. poinformować o możliwości zrealizowania obowiązków w zakresie udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z przedmiotowym wnioskiem na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest opieka około obsługowa nad pacjentem oraz sprawniejsze realizowanie wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej;</u>	

*pacjent jest zobowiązany do informowania o zmianie danych kontaktowych na piśmie lub telefonicznie do właściwego sekretariatu lub mailowo (dokumentacja@pro-familia.pl) w przypadku zmiany adresu e-mail zmiana musi zostać dokonana z dotychczasowego adresu e-mail. Brak informacji o zmianie adresu e-mail lub tel. kontaktowego uniemożliwi Szpitalowi Pro-Familia realizację obowiązków informacyjnych odnośnie przekazywanej dokumentacji medycznej, wyników badań lub wizyt co może wpływać negatywnie na interes pacjentów.

*Osoby upoważniające są zobowiązane do zgłaszania wszelkich zmian w zakresie ww. upoważnień pod rygorem wydania ww. treści i informacji zgodnie z ww. upoważnieniami,

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej:	
w zakresie:	całej dokumentacji medycznej z oddziału dokumentacji medycznej dotyczącej okresu: wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj: karta informacyjna leczenia szpitalnego; wyniki badań zapisy z wizyt lekarskich
Wnoszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:	
umożliwienie wglądu do dokumentacji i sporządzenie kopii; w formie kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem; w formie elektronicznej na adres email; na elektronicznym nośniku danych w formie: skanu, - płyta CD;	
proszę o:	umożliwienie wglądu do wnioskowanej dokumentacji medycznej; przesłanie wnioskowanej dokumentacji medycznej na adres e-mail wskazany powyżej; przesłanie wnioskowanej dokumentacji medycznej listem poleconym, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres: wnioskowaną dokumentację medyczną odbiorę osobiście;

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

- oświadczam, że akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej;
- oświadczam, że poinformowano mnie, iż zgodnie z art. 15 ust. 3 RODO, nieodpłatnemu udostępnieniu podlega pierwsza kopia dokumentacji medycznej, oraz że Szpital może pobierać opłatę od kolejnych kopii;
- oświadczam, że dane zawarte w niniejszym piśmie są zgodne z prawdą;
- oświadczam, że zwracając się o wydanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty polskiej oraz środków komunikacji elektronicznej zostałam(em) poinformowany(a) o zagrożeniach przesyłania danych osobowych pocztą polską oraz drogą elektroniczną, oraz biorę pełną odpowiedzialność za obieg i bezpieczeństwo udostępnionych danych osobowych w sieci Internet;
- oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji zarówno pocztą tradycyjną, jak i za pośrednictwem poczty elektronicznej nie obciąża podmiotu leczniczego;

Data i czytelny podpis WNIOSKODAWCY:	Data złożenia wniosku i podpis osoby przyjmującej:

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 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 (tj. RODO) informujemy, że:

- 1) **Administratorem** Państwa danych osobowych jest Szpital Specjalistyczny PRO-FAMILIA Tomasz Łoziński. Sp. k. ul. Witolda 6b, 35-302 Rzeszów, tel. 0048 17 773 57 00, e-mail sekretariat@pro-familia.pl.
- 2) Szpital wyznaczył **Inspektora Ochrony Danych**, z którym można się skontaktować w sprawie ochrony swoich danych osobowych na adres e-mail: iod@pro-familia.pl, a także pisemnie na adres Szpitala wskazany w punkcie 1).
- 3) **Podstawy prawne oraz cele przetwarzania danych osobowych:**

CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWY PRAWNE PRZETWARZANIA
Realizacja zgody oraz ustalenie i weryfikacja tożsamości w ramach procesu udostępniania dokumentacji medycznej oraz w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej	art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit a) RODO - Przetwarzanie jest niezbędne do realizacji zgody/wniosku na przesyłanie korespondencji do pacjenta oraz do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Szpitalu wynikającego z ustawy 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.

- 4) **Dobrowolność podania danych osobowych:** Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- 5) **Przekazywanie danych osobowych:** Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa
- 6) **Przekazywanie danych poza EOG:** Szpital nie będzie przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 7) **Okres przetwarzania danych osobowych:** Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania, zgodnie z przepisami prawa.
- 8) **Prawa w związku z przetwarzaniem danych osobowych:** prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii; prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych; prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych; prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych; prawo do przenoszenia danych; prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych; prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu; prawo do cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych w każdym czasie, jeżeli zgoda była wymagana,
- 9) **Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:** Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.
- 10) **Skróty:** **RODO** - Rozporządzenie 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, **Ustawa o prawach pacjenta** - ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, **Rozporządzenie** - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; **Pr.Tel** - ustawa z dnia 16 lipca 2004 r. ustawy Prawo telekomunikacyjne, **u.śude** - ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną;

Data i Podpis Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego	
---	--

WYPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY

Zweryfikowano wnioskodawcę jako:	☐ Pacjent ☐ Przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny pacjenta ☐ Pełnomocnik na podstawie upoważnienia stanowiącego załącznik do niniejszego pisma; ☐ Osoba upoważniona przez pacjenta w oświadczeniu pacjenta;
Data i czytelny podpis weryfikującego wnioskodawcę:	
Weryfikacji wnioskodawcy dokonano poprzez:	
Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej:	
☐ zgoda na udostępnienie dokumentacji medycznej; ☐ odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej (Uzasadnienie stanowi odrębne pismo);	
Data i czytelny odpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej:	
Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:	
Potwierdzam tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną lub dokonującej wglądu do dokumentacji medycznej (imię i nazwisko) (nazwa i nr dowodu tożsamości) (PESEL wnioskodawcy/os. upoważnionej).....	
Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej – data i czytelny podpis (wypełnia wydający):	Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej - data i czytelny podpis (wypełnia wnioskodawca)
a) liczba udostępnionych stron	a) dokumentację medyczną wysłano dnia
b) liczba płyt CD	b) odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej wysłano dnia
c) wniesiono opłatę w wysokości:	
Data i czytelny podpis osoby udostępniającej/wysyłającej:	