

FORMULARZ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNI Drukowanymi literami

Łódź, dnia.....

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko:

.....

Adres:

.....

tel.:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)*

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie kserokopii, wydruku
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu
- wydanie oryginału ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta

Dokumentacja dotyczy Poradni:.....

Za okres:

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko:

PESEL:

3. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)*

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta,
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta
- wniosek składa osoba bliska dla pacjenta, która niniejszym oświadcza, iż była osobą bliską dla pacjenta (dotyczy wyłącznie sytuacji złożenia wniosku po śmierci pacjenta)

4. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją na odwrocie niniejszego formularza, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i podpis Wnioskodawcy)

5. POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU:

Potwierdzam wydanie

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....
data i podpis Wnioskodawcy

POUCZENIE

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą i stanem prawnym.

.....
podpis Wnioskodawcy

Klauzula informacyjna:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Centrum Medyczne Szpital Świętej Rodziny sp. z o.o.
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iodo@swietarodzina.com.pl
3. Podane dane osobowe są przetwarzane dla celów udostępnienia dokumentacji medycznej pacjenta , podstawa prawna przetwarzania danych to art. 6 ust. 1 lit c) RODO w związku z art. 26 ust. 1 ustawy o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Odbiorcami danych osobowych są podmioty upoważnione przez ADO albo z którymi zawarto umowę na przetwarzanie danych osobowych.
5. Dane osobowe przetwarzane na formularzu będą przechowywane przez okres przechowywania dokumentacji medycznej pacjenta.
6. Wnioskodawca ma prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, ma prawo sprzeciwu wobec przetwarzania oraz ma prawo do przenoszenia danych.
7. Wnioskodawca ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego UODO.
8. Podanie danych osobowych z zakresie imienia i nazwiska wnioskodawcy oraz pacjenta jest obowiązkowe i wynika z art. 27 ust. 4 o prawach pacjenta (...). Podanie danych osobowych adres i telefon wnioskodawcy jest dobrowolne i może ułatwić kontakt. Podanie PESEL pacjenta jest dobrowolne . W przypadku jeżeli PESEL pacjenta nie zostanie podany identyfikacja pacjenta może okazać się niemożliwa.
9. Osoba wydająca dokumentację medyczną ma prawo do potwierdzenia tożsamości wnioskodawcy. Osoba wydająca dokumentację medyczną ma prawo do zrobienia kopii upoważnienia. Dane zawarte na kopii są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit f) RODO i stosuje się do nich pkt 3, 4, 5, 7.

Potwierdzam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną.

.....
podpis Wnioskodawcy