

### 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 (np. oddział, poradnia, pracownia).....

.....

Okres leczenia (np. okres pobytu w oddziale, data wizyty w poradni).....

.....

5. Rodzaj dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce):

- Historia choroby
- Karta informacyjna
- Wyniki badań
- Inne .....

6. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce):

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- przez sporządzenie jej wyciągu / odpisu / kopii (w formie kserokopii) / wydruku<sup>1</sup>
- 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
- potwierdzenie za zgodność z oryginałem

7. Sposób odbioru dokumentacji medycznej (uzupełnić w przypadku wnioskowania o udostępnienie dokumentacji medycznej w inny sposób, niż za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej):

osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego

przez osobę upoważnioną w siedzibie podmiotu leczniczego (proszę wskazać dane identyfikujące osobę upoważnioną do odbioru (imię i nazwisko):

.....  
 przesłanie 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, 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, ul. 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 za ..... stron dokumentacji medycznej

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....  
Podpis osoby wydającej dokumentację medyczną

.....  
Podpis wnioskodawcy / osoby upoważnionej