



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Nr

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii / wyciągu / odpisu* dokumentacji medycznej: historia choroby, badania obrazowe, badania laboratoryjne, inne
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- Nazwa oddziału/poradni/pracowni:
- Okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:
imię i nazwisko:

**odpowiednie podkreślić*

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru/udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika SPZOZ w Łukowie:

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) informuję się, że:

1. **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie, 21-400 Łuków, ul. Doktora Andrzeja Rogalińskiego 3.
2. **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**
Numer tel. (25) 798 20 01, wew. 329, adres email: ochronadanych@spzoz.lukow.pl.

3. **Cele przetwarzania danych osobowych**
Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do prowadzenia wykazu dotyczącego udostępnionej dokumentacji medycznej.
4. **Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych**
Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO)
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze, w szczególności Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 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 2 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt SPZOZ w Łukowie.
7. **Uprawnienia z art. 15 – 21 RODO**
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
8. **Prawo do wniesienia skargi**
Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących przez Administratora naruszy 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 nie będą podlegały profilowaniu.*

***Profilowanie** – dowolna forma zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących efektów pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

Oświadczam, iż:

zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łukowie.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Proszę o przesłanie dokumentacji na wskazany niżej adres i jednocześnie oświadczam że pokryje koszty przesyłki pobraniowej i ponadstandardowej (kurierskiej) z potwierdzeniem nadania

.....
data , adres i podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ODBIORU:

- Pierwsza kopia (bez opłat)
- Naliczono opłaty w wysokości:
- Dokumentację udostępniono do wglądu

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Dokumentację udostępniono po potwierdzeniu tożsamości odbierającego

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację