



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Nr .....\***  
 na podstawie art. 23 i art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia/PESEL: .....

Adres: .....

Telefon kontaktowy:.....Adres e-mail:.....

**Wnioskodawca jest:**

- Pacjentem  
 Osobą upoważnioną przez pacjenta  
 Przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym/ osobą bliską

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy** (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent):

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia/PESEL: .....

**Wnioskuje o:**

- wydanie kopii     wydanie odpisu     wydanie wyciągu  
 udostępnienie dokumentacji do wglądu     sporządzenie skanów dokumentacji  
 dokumentację na informatycznym nośniku danych - zapis na płycie CD badań obrazowych RTG,TK, EEG, RM - bez opisu

**Rodzaj dokumentacji medycznej:**

Nazwa oddziału/poradni/zakładu/pracowni: .....

Okres leczenia: .....

**Zakres dokumentacji medycznej:**

- karta informacyjna     historia choroby (oddziały)     historia zdrowia i choroby (poradnie)  
 wyniki badań.....     inne .....

**Wnioskowaną dokumentację:**

- odbiorę osobiście     odbierze osoba upoważniona .....  
 imię i nazwisko  
 proszę przesłać pocztą tradycyjną na wskazany adres j.w./.....  
 (wpisać adres jeśli jest inny niż wnioskodawcy)  
 .....  
 jednocześnie zobowiązuję się pokryć koszty przesyłki pobraniowej i ponadstandardowej (kurierskiej) z potwierdzeniem nadania w przypadku wysyłki dokumentacji medycznej na wskazany przez mnie adres  
 proszę przesłać za pośrednictwem poczty elektronicznej na wskazany adres e-mail j.w.

**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.

.....  
 data i podpis wnioskodawcy

**Potwierdzenie wpływu wniosku:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru/udostępnienia do wglądu: .....

Podpis pracownika SPZOZ w Łukowie: .....

**Potwierdzenie odbioru:** Pierwsza kopia (bez opłat)       Kolejna kopia - 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

\* wypełnia pracownik SPZOZ w Łukowie

\*\* uzupełnić w przypadku osobistego odbioru dokumentacji przez wnioskodawcę

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

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 00 do 9, wew. 329, adres email: [ochronadanych@spzoz.lukow.pl](mailto: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.
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. **Prawa wynikające z RODO**  
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.  
Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
8. **Obowiązek podania danych**  
Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
9. **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.