**Imię i nazwisko Wnioskodawcy: …………………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL:**

**Adres zamieszkania:……………………………………………..**

**Nr tel. do kontaktu: ……………………………………………..**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. **Wniosek składa:**

* pacjent, którego dotyczy dokumentacja
* osoba upoważniona przez pacjenta
* przedsawiciel ustawowy pacjenta
* osoba bliska…………………………………………….. (wskazać stopień pokrewieństwa)

1. **Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w:**

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

(podać nazwę oddziału, poradni i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępnia)

1. **Udostępnienie dokumentacji obejmuje:**

……..………………………………………………………………………………………...

……..………………………………………………………………………………………...

(należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby, karta informacyjna z leczenia na oddziale, wyniki badań)

1. **Wnioskuję o udostepnienie dokumentacji w formie:⃰**

* kopii dokumentacji
* wyciągu dokumentacji medycznej
* odpisów dokumentacji medycznej
* wglądu do dokumetacji w siedziebie podmiotu leczniczego
* na informatycznym nosniku danych

1. **Dokumentację odbiorę:⃰**

* osobiście
* proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres ……………………………………… ……………………………………………….
* proszę przesłać skan na adres email …………………………………………………
* proszę przesłać na skrzynkę ePUAP na adres ……………………………………….
* proszę przekazać kserokopie dokumentacji medycznej osobie upoważnionej przeze mnie…………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko, pesel lub data urodzenia osoby upoważnionej

1. **Oświadczam, że dokumentację medyczną w tym zakresie pobieram po raz pierwszy:**

* TAK
* NIE
* **WNIOSEK ZŁOŻONY W FORMIE USTNEJ**

…………………………………………………………

data i podpis osoby składającej wniosek

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych:**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016rw sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy o przetwarzaniu danych oraz prawach związanych z przetwarzaniem tych danych.

1. Administratorem danych osobowych jest Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu , Stefana Batorego 15, 41-902 Bytom, NIP:6262511259, REGON: 270235892, KRS 000000013466.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Administratora możliwy jest pod adresem e-mail – [iod@szpital2.bytom.pl](mailto:iod@szpital2.bytom.pl)
3. Podane dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze udostępnienia dokumentacji medycznej, na podstawie art. wynikającego z ustawy z dnia 6 listopada 2088 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2lit. 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 w zakresie, w jakim podstawa przetwarzania danych osobowych jest zgoda – osoba, której dane dotyczą, ma prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, ale nie będzie to miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem.
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)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

………………………………………………

data i podpis osoby wydającej dokumentacje medyczną

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

………………………………………………

data i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę

Pobrano opłatę w wysokości ……………………za……………………stron dokumentacji medycznej

Wystawiono paragon/fakturę nr ……………….z dnia………………………………………………….

Wysłano listem poleconym nr nadawczy ……………………dnia ……………………………………..