

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Rabka-Zdrój. dnia.....

### 1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko.....PESEL:.....

Adres:.....tel:.....

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

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

wydanie kserokopii

wydanie wyciągu

wydanie odpisu

### 2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko.....PESEL:.....

Adres.....

2. 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

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (proszę podać nazwę poradni/komórki organizacyjnej oraz okres leczenia).....

w okresie.....

4 Sposób składania :

osobiście

za pośrednictwem wiadomości e-mailowej skierowanej drogą elektroniczną na adres: [sekretariat@uzdrowisko-rabka.pl](mailto:sekretariat@uzdrowisko-rabka.pl) (**wyłącznie** w przypadku, w którym pacjent potwierdzi swoją tożsamość elektronicznym podpisem kwalifikowanym)

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: ( proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce )

dokumentację odbiorę osobiście / przez osobę upoważnioną\*) w siedzibie podmiotu leczniczego

dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt. 1 \*), za pobraniem\*) (obejmującym koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki wg. Stawek Poczty Polskiej.)

## 5. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z poniższą klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

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

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

## 6. POTWIERDZENIE WYDANIA WNIOSKU

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....  
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**\* niepotrzebne proszę skreślić**

***Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż:***

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Uzdrowisko Rabka S.A.**
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pomocą poczty elektronicznej: [abi@uzdrowisko-rabka.pl](mailto:abi@uzdrowisko-rabka.pl)
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c i Art.9 ust. 2 lit. h,- ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania,
- 7) przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego- PUODO,
- 8) podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.