

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

....., 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 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. POTWIERDZENIEWYDANIA WNIOSKU

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

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

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

*** niepotrzebne proszę skreślić**

Klauzula informacyjna dla pacjentów

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
- 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.