Załącznik nr 8

WNIOSKOWDAWCA
Imię i nazwisko: ……..
Adres zamieszkania: ……
E-mail: ……..
Numer tel.: ……

Warszawa, dnia……

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Warszawa Wola – Śródmieście,
ul. Ciołka 11, 01-445 Warszawa

WNIOSEK O UDOSTEPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE PACJENTA

Imię i Nazwisko: ……
PESEL: ……
Adres zamieszkania: …….
Numer telefonu: ……

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 poz. 186).

2. RODZAJ I ZAKRES DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (*należy wpisać zakres dokumentacji, za jaki okres i z jakiej Przychodni/Poradni*)

……
…….

3. FORMA UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (*zaznaczyć właściwe*)

☐ **kserokopia**

☐ **w innej formie** …….

Formy udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta.

Bezpłatne udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczy tylko dokumentów udostępnianych Pacjentowi po raz pierwszy.

W sytuacji, gdy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczy dokumentów, o które pacjent wcześniej wnioskował i otrzymał bezpłatnie SPZOZ Warszawa Wola – Śródmieście pobiera opłatę.

Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala się w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta.

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Odbiorę osobiście/przez osobę upoważnioną* (w Przychodni przy ul. ……..……

Przed odbiorem dokumentacji należy okazać potwierdzenie zapłaty za udostępnienie dokumentacji (jeśli dotyczy), dokonanej w Biurze Obsługi Pacjenta lub na rachunek bankowy SPZOZ Warszawa Wola – Śródmieście.

5. POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem

……
Data i czytelny podpis (pełne imię i nazwisko)

**niepotrzebne proszę skreślić*

WYPEŁNIA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKAŁD OPIEKI ZDROWOTNEJ WARSZAWA WOLA – ŚRÓDMIEŚCIE

6. POTWIERDZENIE GOTOWOŚCI WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam kompletność i prawidłowość przygotowania dokumentacji medycznej

…….
Data i czytelny podpis kierownika przychodni lub osoby upoważnionej (pełne imię i nazwisko)

7. POTWIERDZENIE DOKONANIA OPŁATY, jeżeli dokumentacja udostępniana jest odpłatnie.

(zaznaczyć właściwe i dołączyć do wniosku)

☐ dowód KP

☐ potwierdzenie wpłaty na rachunek bankowy

UWAGA!. Bez względu na formę zapłaty, pracownik zobowiązany jest do wystawienia i przekazania pacjentowi paragonu fiskalnego.

8. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentację medyczną wydał/a

.....
Data i podpis osoby wydającej

KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1) *administratorem danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola – Śródmieście z siedzibą w Warszawie (01-445), ul. Ciołka 11;*

2) *administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@zozwola.pl;*

2) *administrator będzie przetwarzał dane osobowe osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej.*

   Dokładna podstawa prawna:

   a) *dane zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta - administrator przetwarza na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;*

   b) *dane zebrane celem realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej - administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 RODO oraz art. 26 ust. 1 - 2b) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;*

3) *dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);*

4) *administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;*

5) *mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.*

6) *dane osobowe osób ubiegających się o udostępnienie dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej, której dotyczył wniosek o udostępnienie, z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie;*

7) *przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo przysługuje Pani/Panu prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych*;

8) *podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do identyfikacji osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych skutkować będzie odmową przyjęcie wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej.*