**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (wzór)**

**1. Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Imię i nazwisko:** ……………………………………………………………………………………………………….

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

**Nr telefonu kontaktowego:** …………………………………… **e-mail**\*\*: …………………………………………

**2. Dane osoby wnioskującej** *(wypełnić w przypadku osoby innej niż wnioskodawca)*:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Imię i nazwisko:** ……………………………………………………………………………………………………….

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

**Nr telefonu kontaktowego:** …………………………………… e-mail: ……………………………………………

**3. Proszę o sporządzenie i wydanie** *(zaznaczyć* ***x*** *we właściwej rubryce):*

kopia odpis wyciąg wydruk wyniki badania (CD)

z leczenia w Oddziale / Poradni / Pracowni …………………………………………………………………………

za okres od: …………………………………….. do …………………………………………………………………..

Całość Historia choroby Karta informacyjna Wyniki badań

Inne …………………………………………………………………………………………………………………

**4. Wnioskuję o w/w zakres dokumentacji medycznej** *(zaznaczyć* ***x*** *we właściwej rubryce):*

**po raz pierwszy** po raz kolejny

**5. Sposób odbioru:** Odbiór osobisty Wysyłka pocztą

Przesłanie na adres email: ……………………………………………………………………………………….

Odbiór przez osobę upoważnioną:

Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią / Pana ………………………………………………..

Dowód osobisty nr: ……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………….

data i czytelny podpis wnioskodawcy

**6. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze sposobem i trybem udostępniania dokumentacji medycznej.**

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

data i podpis osoby przyjmującej wniosek data i czytelny podpis wnioskodawcy

**7. Potwierdzenie wydania i odbioru**

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej: ……………………………………………………

data i podpis osoby wydającej dokumentację medyczną

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej: ………...……………………………………………………….

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

**w Zespole Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej – udostępnienie dokumentacji medycznej**

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

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska

2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych

• e-mail: daneosobowe@zozdt.pl

• listownie na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze tj. udostępnienie dokumentacji medycznej, wynikającego z ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w związku z art. 6 ust. 1 lit. c RODO i art. 9 ust. 1 lit. h RODO.

4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa

5) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres nie dłuższy niż okres przechowywania dokumentacji

medycznej, której dotyczy wniosek;

6) Posiada Pani/Pan

• prawo dostępu do treści swoich danych;

• prawo ich sprostowania,

• prawo do ograniczenia przetwarzania.

• prawo do usunięcia gdy ustanie cel przetwarzania;

7) Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;

8) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie będzie skutkowało nie udostępnieniem dokumentacji medycznej.

9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób umożliwiający zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym również w formie profilowania.