

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIĘ Drukowanymi literami
przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem na odwrocie wniosku

Krotoszyn, 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
- ☐ wydania wyciągu
- ☐ wydania odpisu
- ☐ wydania dokumentacji na informatycznym nośniku danych
- ☐ wydania skanu dokumentacji drogą elektroniczną

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres.....

Tel:

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 w siedzibie podmiotu leczniczego.
- ☐ przez osobę upoważnioną w siedzibie podmiotu leczniczego.
- ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany adres e-mail:

.....

5. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałam/em się z pouczeniem na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki (zgodnie z obowiązującymi przepisami). 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)

POUCZENIE

1. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
 - pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
 - osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie;
 - upoważnionym organom.
3. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma wyłącznie osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub która była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
 - do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej w obecności pracownika udostępniającego dokumentację i w uzgodnionym terminie;
 - poprzez sporządzenie jej kopii, skanu;
 - poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów.
5. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu następuje wyłącznie na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu. Pacjent nie może żądać wydania oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii, skanu.
6. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
7. Zgoda na udostępnienie dokumentacji albo jej odmowa następuje na podstawie decyzji dyrektora lub osoby przez niego upoważnionej. W przypadku nie wyrażenia zgody odmowa wydania dokumentacji wydawana jest w formie pisemnej z uzasadnieniem.
8. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
9. Upoważnienie, o którym mowa w pkt. 8 dla swojej ważności musi być sporządzone w obecności pracownika upoważnionego do wydania dokumentacji medycznej.
10. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
11. Dokumentacja wydawana jest nie później niż w terminie 30 dni od daty złożenia wniosku.
12. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej są zgodnie z Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.
13. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów sporządzonej kopii na podstawie wystawionego rachunku.

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r nr 112 poz. 654).*
2. Art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 581 z późniejszymi zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697.)
4. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 202, poz. 2135 z późniejszymi zm.).

Objaśnienia:

kserokopia - czysta kopia tekstu lub rysunku wykonana za pomocą kserokopiarki - bez potwierdzenia za zgodność z oryginałem;

wyciąg - skróty tekst zawierający najważniejsze dane z całości lub jego części – potwierdzone za zgodność z oryginałem;

odpis - kopia lub przepisany tekst oryginalnego dokumentu – potwierdzona za zgodność z oryginałem;

nośnik danych - dokumentacja sfotografowana przez telefon, zgrana na pen drive, nagrana na płytę lub udostępniona poprzez zewnętrzny nośnik danych.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1;) dalej zwanego RODO informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie reprezentowany przez Dyrektora, dane adresowe: ul. Młyńska 2, 63-700 Krotoszyn, tel. (62) 588-04-01.
2. Mogą się Państwo kontaktować z wyznaczonym przez Administratora Inspektorem Ochrony Danych Osobowych we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pomocą adresu email: iod@spzoz-krotoszyn.pl lub pisemnie na adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze tj. udostępnienie dokumentacji medycznej, wynikającego z ustawy z dnia 6 lipca 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. Zakres przetwarzanych danych osobowych może być różny ze względu na charakter sprawy, jednakże Państwa dane osobowe będą obejmować minimum: imię, nazwisko, dane kontaktowe tj. numer telefonu i/lub adres e-mail, adres zamieszkania, dane objęte zgłoszeniem przypadku naruszenia prawa.
5. Informujemy, że podanie przez Państwa danych jest dobrowolne, jednakże jest ono warunkiem koniecznym do obsługi Państwa wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
6. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do treści swoich danych;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do usunięcia danych osobowych;
 - e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
8. Ponadto w zakresie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy Administratora.
9. Państwa dane mogą zostać przekazane następującym kategoriom odbiorców: podmiotom przetwarzającym – osobom fizycznym lub prawnym, organom publicznym, jednostkom lub innym podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora – w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT; podmiotom lub organom, którym Administrator jest ustawowo obowiązany przekazywać dane lub uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa; operatorom pocztowym.

