

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej
Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli**

Wnioskodawca:

Nazwisko: Imię:

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(telefon)*

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:)**

Nazwisko Imię

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

W celu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

.....
.....

Sposób udostępnienia wnioskowanej dokumentacji:)***

1. do wglądu w siedzibie Szpitala
2. poprzez sporządzenie jej wyciągu / odpisu / kopi, lub wydruku
3. przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, (dotyczy udostępnienia na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych), a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji medycznej mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta
4. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
5. na informatycznym nośniku danych

Zobowiązuje się do uiszczenia odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej zgodnie z przepisami obowiązującymi w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli przy odbiorze wnioskowanej dokumentacji (w terminie wskazanym w fakturze wystawionej za udostępnienie wnioskowanej dokumentacji medycznej)

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

*]wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca oczekuje telefonicznego powiadomienia o terminie odbioru wnioskowanej dokumentacji

**] wypełnić w przypadku gdy wniosek obejmuje dokumentację inną niż dotyczącą Wnioskodawcy

***] niepotrzebne skreślić

Wnioskowaną dokumentację medyczną wydano

L.p.	Określenie udostępnianej dokumentacji medycznej	Ilość stron / nośnik danych	Wyliczona odpłatność	Uwagi
1.	Historia choroby Oddziału			
2.	Karta leczenia specjalistycznego Poradni			
3.	Wyniki badań laboratoryjnych			
4.	Zdjęcia RTG / TK / RM			

Potwierdzam odbiór udostępnionej dokumentacji medycznej

.....
(data, czytelny podpis osoby odbierającej Wnioskowaną dokumentację medyczną)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie dokumentu:

..... Nr wydany przez

Stalowa Wola, dn.

.....
(pieczętka i podpis osoby wydającej dokumentację medyczną)

Nie pobrano opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w związku z jej udostępnieniem dla potrzeb:

...../*

Opłatę za udostępnienie wnioskowanej dokumentacji medycznej w wysokości złotych

Uiszczono w Kasie Szpitala- Nr kwitariusza:/*

Wystawiono fakturę VAT /*

*)niepotrzebne skreślić _____

PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dn. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO) **informuje się że:**

- **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli** z siedzibą przy ul. Staszica 4, 37-450 Stalowa Wola.

- **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:** e-mail: iod@szpital-stw.com. Tel. 505 435 778.

- **Cele przetwarzania osobowych danych:** Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do prowadzenia wykazu dotyczącego udostępnionej dokumentacji medycznej.

- **Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych;**

Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust.1 lit. c RODO)

Ustawa z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze, w szczególności Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn.9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

- **Informacje o odbiorcach danych osobowych:**

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

- **Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:**

Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 5 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt SP ZZOZ w Stalowej Woli.

- **Uprawnienia z art. 15 – 21 RODO:**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

- **Prawo do wniesienia skargi:**

Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

- **Obowiązek podania danych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

- **Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:**

Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały **profilowaniu**)*.

*)**Profilowanie** – dowolna forma zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących efektów pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub zachowania się.

.....
data, czytelny podpis wnioskodawcy