



**Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym**

ul. Marii Konopnickiej 65, 05-092 Łomianki
tel. 22 765 73 56, fax. 22 765 72 56

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII / WYCIĄGU / ODPISU / WYDRUKU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Pacjenta

Pesel Pacjenta.....

Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna prawnego**

Telefon kontaktowy.....

Wniosuję w imieniu*: ☐ własnym lub jako: ☐ rodzic ☐ opiekun prawny ☐ osoba upoważniona

Wniosuję o udostępnienie dokumentacji medycznej*:

☐ całości dokumentacji medycznej

☐ wybranej dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia / diagnostyki:

☐ Szpital (dokumentacja z pobytu w oddziale):

nazwa oddziału.....

zakres hospitalizacji (daty).....

☐ Poradnia specjalistyczna (karta z poradni):

nazwa poradni.....

zakres hospitalizacji (daty).....

☐ rodzaj badania.....

data badania.....

w formie:

☐ kopii papierowej ☐ proszę o poświadczenie kopii papierowej dokumentacji „za zgodność z oryginałem”

☐ wyciągu ☐ odpisu ☐ wydruku ☐ elektronicznego nośnika danych ☐ skanu

Sposób odbioru dokumentacji medycznej*:

☐ zostanie odebrana osobiście

☐ zostanie odebrana przez osobę upoważnioną***

☐ zostanie przesłana na adres e-mail.....

☐ zostanie przesłana pocztą tradycyjną na adres.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679

z dnia 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) informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, ul. Marii Konopnickiej 65, 05-092 Łomianki.
2. W szpitalu został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych, dane kontaktowe: iod@szpitaldziekanow.pl
3. Dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków.
4. Administrator Danych Osobowych będzie przetwarzał dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przez okres 5 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt SPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym.



**Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym**

ul. Marii Konopnickiej 65, 05-092 Łomianki
tel. 22 765 73 56, fax. 22 765 72 56

5. Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
7. Dane osobowe mogą być udostępniane uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
9. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym znajdują się na stronie internetowej www.szpitaldziekanow.pl w zakładce Dla pacjentów i rodziców – KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH PACJENTÓW.

Oświadczam, iż zobowiązuje się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....

data i czytelny podpis **osoby składającej** wniosek

☐ **Potwierdzam okazanie się dowodem tożsamości przez osobę wnioskującą**

.....

data i czytelny podpis **osoby przyjmującej** wniosek

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej (wypełnia pracownik):

Liczba stron kopii dokumentacji.....

Naliczono opłatę w wysokości.....zł w dniu

Wystawiono fakturę nr/paragon..... z dnia.....

Sposób odbioru dokumentacji medycznej *:

☐ odebrana osobiście przez Pacjenta/Rodzica/Opiekuna Prawnego,

Imię i nazwisko.....

☐ odebrana przez osobę upoważnioną,

Imię i nazwisko.....

☐ wysłana pocztą/mailem na wskazany adres w dniu.....

☐ Po sprawdzeniu dokumentu tożsamości odbierającego dokumentację medyczną, potwierdzam wydanie kopii/wyciągu/odpisu.

.....

.....

data i czytelny podpis **osoby wydającej** dokumentację

data i czytelny podpis **osoby odbierającej** dokumentację

Nr konta Szpitala do wpłat:

MBS w Łomiankach 89 8009 0007 0000 0475 2001 0005

Podstawa prawna: art. 27 ust. 1 pkt 2 i art. 28 ust 3 i 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

UWAGA: * zaznaczyć właściwe **dotyczy Pacjentów poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych ***brak przedłożenia upoważnienia uniemożliwi udostępnienie dokumentacji