

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Numer telefonu:

(pole nieobowiązkowe)

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W PORADNI

Nazwa poradni:

Rodzaj dokumentacji:

(np. historia choroby, wyniki badań)

 Dokumentację medyczną:
 (należy zakreślić właściwe okienko)

- odbiorę osobiście
 odbierze osoba przeze mnie upoważniona
 odbiorę za pośrednictwem operatora pocztowego

Opłaty:

(należy zakreślić właściwe okienko)

- W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej - po raz pierwszy - w zakresie określonym w niniejszym wniosku, przysługuje mi prawo otrzymania niniejszej dokumentacji bezpłatnie.
 Zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w Miejskim Centrum Medycznym „Polesie”.

Łódź, _____

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy, osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.

KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO

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

- 1) administratorem danych osobowych osób wnoszących o udostępnienie dokumentacji medycznej jest Miejskie Centrum Medyczne „Polesie”, adres: ul. A. Struga 86, 90-557 Łódź;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@mcm polesie.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał dane osobowe osób wnoszących 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 w zw. z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, 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);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) 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 dotyczy wniosek o udostępnienie, z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie;
- 2) 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;
- 3) 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 ich danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Potwierdzenie udostępnienia

Tożsamość osoby odbierającej kserokopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

Nazwa dokumentu:		Seria i numer:	
Ilość stron:		Wysokość opłaty:	
_____		_____	
(data i czytelny podpis odbierającego)		(data i czytelny podpis wydającego)	