



ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

Brodnica, dnia.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej:	Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: <i>(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)</i>
Imię:	Imię:
Nazwisko:	Nazwisko:
PESEL:	PESEL:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie: *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)*

<input type="checkbox"/> do wglądu	<input type="checkbox"/> wyciągu	<input type="checkbox"/> odpisu	<input type="checkbox"/> kopii	<input type="checkbox"/> wydruku	<input type="checkbox"/> na informatycznym nośniku danych	<input type="checkbox"/> za pośrednictwem komunikacji elektronicznej
------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---	--

- z udzielenia pomocy medycznej przez Zespół Ratownictwa Medycznego (karetka)
- z pobytu w oddziale.....
- z poradni.....
- wyników badań laboratoryjnych, opisy badań RTG, TK, USG, innych.....
- innej

W zakresie świadczeń medycznych realizowanych od..... do.....

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji: *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)*

<input type="checkbox"/> wniosek składa pacjent , którego dokumentacja dotyczy	<input type="checkbox"/> wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta	<input type="checkbox"/> wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta
---	---	---

Odbiór dokumentacji: osobiście osoba upoważniona *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)*

Do odbioru mojej dokumentacji upoważniam Pana/Panią

..... o nr dowodu osobistego.....

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny o opłacie za udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Brodnicy, w przypadku gdy wnioskowana dokumentacja nie jest mi udostępniana po raz pierwszy w żądanym zakresie i formie.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru dokumentacji

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(podpis pracownika wydającego dokumentację)

Proszę o zapoznanie się, z informacją znajdującą się na drugiej stronie wniosku.

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

1. Administratorem danych osobowych **osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej** jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy, ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@zozbrodnica.pl
3. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, tj. prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej.
4. 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.
5. 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.
6. 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 (kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem).
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Przysługuje prawo uzyskania kopii swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.
9. 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 wnioski o udostępnienie, z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie.
10. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo przysługuje prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. 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 jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej.
12. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o podane dane osobowe.