WNIOSEK O DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH
(WYDANIE KOPII / UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ)

……..……..
(data, miejsce)

Dane Wnioskodawcy

……..…
(imię, nazwisko)

……..……
(adres miejsca zamieszkania)

……..……
(telefon)

OŚRODEK MEDYCYNY PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ
BĘDKOWO SP. ZO.O. SP. KOMANDYTOWA
Będkowo 1, 55-100 Trzebnica

Na podstawie art. 15 ust. 3 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) oraz art. 28 ust. 2a Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 150 z późn. zm) wnoszę o[1]:

☐ **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**

☐ **wydanie kopii / oryginału[1] dokumentacji medycznej**

Podstawa prawna wniosku……

Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko: ……..…….

PESEL: ……

Uprzejmie proszę o:

- wydanie bez zbędnej zwłoki[2] bezpłatnej[3] kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okresu leczenia od …… do ……. na oddziale / w opiece domowej/ w poradnii[1], gdzie udzielono świadczenia medycznego, tj:

……...…….....

Wnioskowaną dokumentację:
☐ odbiorę osobiście
☐ proszę wysłać na adres poczty elektronicznej:……..……..
☐ proszę przesłać w formie papierowej na wskazany adres listem poleconym:

……...……..

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Własnoręczny i czytelny podpis Wnioskodawcy: ……..
(imię i nazwisko)

Uwagi:

[1] zaznaczyć właściwe
[2] Dokumentacja może być wydana/udostępniona najpóźniej w terminie miesiąca od dnia złożenia żądania.
[3] Naliczenia i pobierania opłat nie stosuje się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie

WNIOSEK O DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH
(WYDANIE KOPII / UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ)

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

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 - Dziennik Urzędowy UE L 119 – dalej: RODO) podaję następujące informacje.

I Administrator danych i Inspektor danych osobowych

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest OŚRODEK MEDYCYNY PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ BĘDKOWO SP.ZO.O. SP. KOMANDYTOWA z siedzibą w miejscowości Będkowo 1 , z którym można skontaktować się:
   - telefonicznie: nr telefonu 71 312 02 20
   - pocztą elektroniczną: na adres e-mail: **administracja@hospicjumbedkowo.pl**
   - osobiście: w siedzibie Będkowo 1
2) Administrator danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się:
   - telefonicznie: nr 661 929 989
   - pocztą elektroniczną: na adres e-mail **iod@hospicjumbedkowo.pl**
   - osobiście: w siedzibie Będkowo 1

II Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Administrator danych będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

III Odbiorcy danych osobowych

Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).

Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

IV Okres przechowywania danych osobowych prawa osób

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

V Prawa osób, których dane osobowe są przetwarzane

Przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do dotyczących Pani/Pana danych oraz otrzymania ich kopii, sprostowania (poprawiania) danych, usunięcia danych, do ograniczenia przetwarzania danych, do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych w niniejszym kwestionariuszu ma charakter dobrowolny, podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.

Dotyczące Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji przez Administratora danych, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych i są one dla mnie zrozumiałe.

……
podpis Wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WYDANIA KOPII / UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej

……..
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Dokumentacja medyczna została:

☐ wysłana pocztą na wskazany adres poczty elektronicznej w dniu: ……..

☐ wysłana listem poleconym na podany adres przez Wnioskodawcę:

nr przesyłki:……

……..
data i podpis pracownika wydającego dokumentację