

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNI DRUKOWANYMI LITERAMI**

Łódź, dnia.....

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

Adres:

tel.:

e-mail (tylko w przypadku chęci otrzymania dokumentacji drogą elektroniczną):

.....

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

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

wydanie kserokopii, wydruku

wydanie wyciągu

wydanie odpisu

przesłanie dokumentacji w formie elektronicznej na wskazany adres e-mail

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:.....

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)*

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: *(proszę podać nazwę oddziału/poradni/komórki organizacyjnej oraz okres leczenia):*

.....w okresie.....

.....w okresie.....

.....w okresie.....

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: *(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)*

dokumentację odbiorę osobiście*/przez osobę upoważnioną*)

dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt.1*),

5. PROSIMY ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI:

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 (dalej: RODO); (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: CENTRUM MEDYCZNE Szpital Świętej Rodziny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Łodzi przy ul. Wigury 19, 90-302, wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi- Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000291548, posiadającej NIP: 7251958081, REGON: 100428433 (zwany dalej jako „ADO”), reprezentowana przez Prezesa Zarządu dr. n. med. Roberta Mordakę.

2) kontakt Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy pod numerem telefonu 516249589 lub za pośrednictwem adresu mailowego: iodo@swietarodzina.com.pl;

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust.2 lit. h RODO oraz w celu ochrony obiektu i mienia, zwiększenia bezpieczeństwa na terenie Szpitala oraz umożliwienia wykrywania zachowań szkodzących Szpitalowi lub narażających go na straty, na podstawie art. 6 ust. 1 lit f. RODO za pośrednictwem systemu monitoringu wizyjnego (wizerunek);

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i inne podmioty, z którym Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych w celu udzielania świadczeń medycznych, prowadzenia obsługi administracyjnej, informatycznej, rozliczeniowej i związanej z ubezpieczeniem społecznym;

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym przez okres 20 lat;

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

6. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na odwołaniu niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek) (data i podpis wnioskodawcy)

7. POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU:

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację) (data i podpis wnioskodawcy)

*) **niepotrzebne skreślić**