Załącznik Nr 1 do Regulaminu udostępniania,
przetwarzania oraz przechowywania
dokumentacji medycznej

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

……..
(miejscowość, data)

1. WNIOSKODAWCA

Imię i Nazwisko: .....PESEL.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy:…… e-mail:.....……
Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę podkreślić właściwe)

- wydanie kserokopii
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu
- wydanie wydruku
- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie dokumentacji na informatycznym nośniku danych
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- wydanie oryginału, albowiem zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK*

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

Imię i Nazwisko: ..... PESEL.....

Adres zamieszkania:.....

3. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (proszę podkreślić właściwe)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta, który niniejszym oświadcza, iż jest przedstawicielem ustawowym pacjenta:

  …….…… (imię i nazwisko pacjenta)

  …….. (podpis wnioskodawcy)
- wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta (upoważnienie dołączone jest jako skan do dokumentacji medycznej pacjenta lub w przypadku upoważnienia jednorazowego do wniosku)
- wniosek składa osoba bliska dla pacjenta, która niniejszym oświadcza, iż była osobą bliską dla pacjenta (dotyczy wyłącznie sytuacji złożenia wniosku po śmierci pacjenta):

  …….…… (imię i nazwisko pacjenta)

  …….. (podpis wnioskodawcy)

4. ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (właściwe proszę podkreślić/uzupełnić)

Dotyczy leczenia:
w poradni …….. za okres ……

5. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę podkreślić właściwe)

- dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
- do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam Panią/Pana ……

legitymującego się dowodem osobistym nr…….....

- dokumentacje proszę przesłać na adres określony w pkt. 1, przesyłką poleconą
- dokumentację proszę przesłać na adres e-mail określony w pkt. 1

6. OŚWIADCZENIA

Świadoma/my odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z pouczeniem na odwrocie wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

Oświadczam, że:

- wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w wyżej wymienionym zakresie po raz pierwszy / po raz kolejny (niepotrzebne skreślić).
- zobowiązuję się do wniesienia opłaty za udostępnioną dokumentacji medycznej, z wyłączeniem opłaty za dokumentację medyczną udostępnioną po raz pierwszy w żądanym zakresie.

…… ……

data i podpis osoby przyjmującej wniosek data i podpis wnioskodawcy

POUCZENIE

1. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
- osobie upoważnionej przez pacjenta,
- upoważnionym organom oraz podmiotom określonym w art. 26 ust. 3, 3a, 3b i 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Po śmierci pacjenta, dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym lub osobą bliską.
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
- do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
- poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków
  (wyciąg - skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej,
  odpis - dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem,
  kopia - dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego *(skanu)).*
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- na informatycznym nośniku danych.
5. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
6. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
7. Dokumentacja wydawana jest w możliwie najkrótszym terminie.
8. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej uprawnionym organom oraz podmiotom, wynika z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
9. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, odbywa się po uprzednim uzgodnieniu terminu.

POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną ..... (imię i nazwisko)

stwierdzono na podstawie ..... (numer i nazwa dokumentu).

Pobrano opłatę w wysokości ..... za ..... stron dokumentacji medycznej

…… ……..……

Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację Data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

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

1) administratorem danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej jest Gminny Ośrodek Zdrowia w Skarszewach z siedzibą w Skarszewach , ul. Dworcowej 11 , kod pocztowy 83-250, adres e-mail: gozksarszewy@gdansk.home.pl, tel. 58 588 24 93
2) Inspektorem ochrony danych w GOZ w Skarszewach jest Pan Adam Bela, adres e-mail info@adambela.pl, tel. +48 500 85 03 65,
3) administrator będzie przetwarzał dane osobowe osób wnioskujących 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 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 dotyczył 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 jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową przyjęcie wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej;
4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.