Załącznik nr 1 do PP 4

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres:
Telefon kontaktowy:

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania: ……

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

❑ do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
❑ wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem
❑ wydanie wyciągu
❑ wydanie odpisu
❑ wydanie wydruku
❑ na informatycznym nośniku danych (dotyczy badań EEG, EKG)

Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia (proszę zaznaczyć X)

❑ szpital
❑ poradnia

Zakres żądanej dokumentacji:

☐ całość ☐ historia choroby ☐ karta informacyjna ☐ wyniki badań
☐ dokumentacja medyczna -pielęgniarska ☐ dokumentacja medyczna- lekarska
☐ inne ……..

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji.

Wniosek składa: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):

❑ pacjent, którego wniosek dotyczy.
❑ przedstawiciel ustawowy pacjenta
❑ opiekun prawny
❑ osoba upoważniona przez pacjenta
❑ osoba bliska pacjenta (tylko w przypadku śmierci pacjenta): małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu **.

Sposób odbioru dokumentacji (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):

❑ dokumentację odbiorę osobiście
❑ odbierze osoba upoważniona
❑ proszę przesłać na adres zamieszkania: ……..

Dokumentacja zostanie wysłana listem poleconym po uprzednim uiszczeniu opłaty na konto szpital, koszty przesyłki ponosi wnioskodawca zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej. W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej po raz pierwszy w określonym zakresie i formie przysługuje mi prawo do otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie zgodnie z art. 28 ust.2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. (Dz.U. z 2020r. poz.849)

Oświadczenie:
Oświadczam, że zapoznałem/-am się ze sposobem i trybem udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wytworzenia.

…… ……
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek) *(data i czytelny podpis wnioskodawcy)*

- ❑ wniosek złożony osobiście
- ❑ wniosek złożony telefonicznie

Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej.

…….
(data i podpis osoby wydającej dokumentację medyczną)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

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

UWAGA

W przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba inna niż pacjent, którego dokumentacja jest udostępniana lub osoba inna niż wskazana przez pacjenta w dokumentacji medycznej, konieczne jest załączenie upoważnienia do udostępniania dokumentacji medycznej.

Odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej- uzasadnienie

Zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r.poz.1318 ze zm.), odmawiam udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej z przyczyn jak poniżej.

Treść uzasadnienia……..……
……
……
……

……
podpis kierownika działu

Uzasadnienie odmowy otrzymałam/em:

……
(data i czytelny podpis)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY WOBEC OSOBY UPOWAŻNIONEJ PRZEZ PACJENTA, PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA, OPIEKUNA PRAWONEGO LUB WOBEC OSOBY BLISKIEJ DLA PACJENTA

Administrator danych
Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, które dane osobowe będą przetwarzane oraz w jakim celu, i jakimi sposobami, jest **Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku** ul. Srebrniki 17 80-282 Gdańsk e-mail: szpital@wsp-bilikiewicz.pl , tel. 58 52 47 500

Inspektor ochrony danych
We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, macie Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych na adres mailowy: iodo@wsp-bilikiewicz.pl

Cel przetwarzania
Celem przetwarzania Państwa danych osobowych jest umożliwienie dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta.

Podstawa przetwarzania danych
Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO* w związku z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

Podanie danych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie można świadczyć usług opieki zdrowotnej.

Okres przechowywania danych
Dane osobowe dotyczące osoby upoważnionej przez pacjenta do udostępnienia dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w tym przepisie. Po upływie okresów wskazanych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

Odbiorcy danych
Dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, które świadczą nam usługi na podstawie podpisanych umów lub porozumień.

Prawa osób
Pacjent ma prawo do: ochrony swoich danych osobowych, dostępu do nich oraz otrzymywania ich kopii, żądania ich sprostowania, żądania usunięcia danych z zastrzeżeniem art. 17 ust. 3 RODO*, żądania ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).

RODO* - Rozporządzenie 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).