



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

NR

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ:

1) Imię i Nazwisko:

PESEL:

Adres:

Tel. kontaktowy: adres e-mail:

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

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta
- wniosek, po śmierci pacjenta, składa osoba bliska dla pacjenta (inna niż przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona)

2. DANE PACJENTA: */wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent/*

Imię i Nazwisko:

PESEL:

3. WNOSZĘ O: */proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce/*

- 1) kserokopię wydruk wyciąg odpis skan udostępnienie do wglądu dokumentacji medycznej
- 2) udostępnienie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej ePUAP
(w przypadku dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej):
 - karta informacyjna z leczenia szpitalnego
 - karta informacyjna z pobytu w Izbie Przyjęć
- 3) udostępnienie dokumentacji na informatycznym nośniku danych (CD/DVD):
 - dokumentacja z leczenia szpitalnego dokumentacja z pobytu w Izbie Przyjęć
 - RTG TK MRI

.....
/rodzaj dokumentacji, jej zakres, miejsce i okres leczenia/

4) wydanie zdjęć obrazowych w formie kliszy

/rodzaj zdjęć/

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

- odbiór osobisty
- wysłanie przesyłką pocztową na adres:
- odbiór przez osobę upoważnioną, tj.:
 - imię i nazwisko:
 - nr dokumentu tożsamości:którą niniejszym upoważniam do odbioru wnioskowanej dokumentacji.
- wysłanie przez ePUAP – w przypadku wniosku z pkt 3. 2) powyżej.

5. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej oraz ewentualnej przesyłki pocztowej, zgodnie z obowiązującym w Szpitalu cennikiem,
- 2) w przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii,
- 3) kopia dokumentacji medycznej jest niezbędna: w celu kontynuacji leczenia w innym celu
- 4) jestem osobą bliską dla zmarłego pacjenta, o dokumentację którego wnioskuję:
/określenie

.....
charakteru relacji/

5) nie są mi znane okoliczności, by inne osoby bliskie wyrażały sprzeciw wobec mojego wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

.....
/miejsowość, data/

.....
/podpis osoby wnioskującej/

Pkt 4) i 5) – gdy wniosek, po śmierci pacjenta, składa osoba bliska

6. POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:..... Podpis pracownika:

7. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:.....
- odebrana osobiście przez pacjenta/ przedstawiciela ustawowego
- odebrana przez osobę upoważnioną przez wnioskującego:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku),
- odebrana przez osobę bliską,
- ePUAP.

Wydano:

Naliczono opłaty w wysokości:.....

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzona na podstawie:

.....
/rodzaj i numer dokumentu/

.....
/data i podpis pracownika wydającego dokumentację/

8. POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
/data i podpis osoby odbierającej dokumentację/

9. INFORMACJE:

- 1) osoba bliska - małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta;
- 2) wyciąg - skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej;
- 3) odpis - dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem;
- 4) kopia - dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego - skanu;
- 5) Szpital nie przewiduje przekazywania dokumentacji medycznej prowadzonej w formie papierowej udostępnianej w formie skanu za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- 6) podmiot leczniczy za udostępnienie dokumentacji medycznej pobiera opłaty zgodnie z obowiązującym cennikiem.

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Administratorem danych osobowych uzyskanych podczas składania wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej jest **Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie**, ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków, tel. 12 68 76 330, e-mail: sekretariat@dieta.krakow.pl, reprezentowany przez Dyrektora Szpitala.
2. W Szpitalu został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych (IODO), z którym można się kontaktować w sprawach bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych: e-mail: iodo@dieta.krakow.pl; tel. Kontaktowy : 12 687 63 77
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celach przygotowania dokumentacji medycznej oraz jej udostępnienia.
4. Każda osoba, której danymi dysponuje Administrator ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania; ograniczenia, przeniesienia, oraz usunięcia danych w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub w inny sposób przetwarzane zgodnie z pkt 3
5. Prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
6. Dane osobowe mogą być przekazywane następującym odbiorcom danych:
a/ Organom publicznym, b/ Innym podmiotom współpracującym ze Szpitalem.
7. Dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu, stosownie do art. 22 RODO.
8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.