



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.

.....
/miejscowość, 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 - skróty 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 (ODO), 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.