

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ			
DANE WNIOSKODAWCY:			
Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
Numer dowodu tożsamości:		Nr telefonu:	
DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA MEDYCZNA:			
Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ			
Okres od:		Okres do:	
Rodzaj dokumentacji medycznej: (np. historia choroby)			
Dokumentację medyczną*:	<input type="checkbox"/> odbiorę osobiście <input type="checkbox"/> odbierze osoba przeze mnie upoważniona <input type="checkbox"/> odbiorę za pośrednictwem poczty <input type="checkbox"/> odbiorę za pośrednictwem email.....		
Opłaty**	<input type="checkbox"/> W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej - po raz pierwszy - w zakresie określonym w niniejszym wniosku, przysługuje mi prawo otrzymania niniejszej dokumentacji bezpłatnie. <input type="checkbox"/> Zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w podmiocie leczniczym.		
Warszawa, _____		_____ (czytelny podpis wnioskodawcy)***	
<p>Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> administratorem danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej jest Podmiot leczniczy - Klinika Medyczna IBIS Sp. z o.o. i Wspólnicy Sp. k. oraz Sensor Cliniq Sp. z o.o. i Wspólnicy Sp. k. z siedzibą w Warszawie przy ul. Kaczej 8; Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej iod@szpitalibis.pl lub iod@sensorclinic.pl; administrator będzie przetwarzał dane osobowe osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratoze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej. Dokładna podstawa prawna: <ol style="list-style-type: none"> 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; 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; <p>1) 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);</p> <p>2) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;</p> <p>3) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.</p> <p>Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; 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; 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; administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe. 			

Potwierdzenie udostępnienia			
Tożsamość osoby odbierającej kserokopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:			
Nazwa dokumentu:		Seria i numer:	
Ilość stron:		Wysokość opłaty:	
_____ (data i czytelny podpis odbierającego)		_____ (data i czytelny podpis wydającego)	

*należy zakreślić właściwe okienko

**należy zakreślić właściwe okienko. Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

***niniejszy formularz ma charakter pomocniczy, osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany:

Imię i
nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer dowodu tożsamości:

Numer
telefonu:

Upoważniam:

Imię i
nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer dowodu tożsamości:

Numer
telefonu:

do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

Miejscowość:

(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)_____
(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)