**Wniosek o udostepnienie dokumentacji medycznej**

Myszków, dnia .......................

1. **Dane osoby zgłaszającej wniosek.**
2. Imię (imiona) i nazwisko..............................................................................................................................
3. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania) ...................................................................................................................................................................... .

**II Osoba zgłaszająca wniosek jest:** *(proszę̨ wstawić X w polu wyboru)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pacjentem |  |  | Przedstawicielem ustawowym pacjenta |
|  |  |  |  |  |
|  | Osobą upoważnioną przez Pacjenta |  |  | Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta\* |

**III Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek.**

|  |
| --- |
| 1. Imię̨ (imiona) i nazwisko......................................................................................................  2. Numer PESEL ...................................................................................................................... |

**IV Zakres wnioskowanej dokumentacji**

1. Dotyczy leczenia *(proszę wstawić „****X”*** *w polu wyboru)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | we wszystkich poradniach/przychodniach/oddziałach/pracowniach SPZOZ Myszków |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | we wskazanych poradniach/przychodniach/oddziałach/pracowniach: |

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

1. Dotyczy leczenia *(proszę wstawić „****X”*** *w polu wyboru)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | leczenia w okresie...................................................................................................................................................... |
|  |  |  |
|  |  | całości dokumentacji medycznej |
|  |  |  |
|  |  | wskazanych rodzajów dokumentów ……………………………………………………………….. |

**V Sposób udostepnienia dokumentacji** *(proszę wstawić „****X”*** *w polu wyboru)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | do wglądu w siedzibie |  |  | poprzez sporządzenie kserokopii |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | poprzez sporządzenie wyciągu |  |  | poprzez sporządzenie odpisu |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych |  |  | poprzez wypożyczenie oryginału\*\* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną na wskazany adres | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  | **proszę o poświadczenie za zgodność z oryginałem** | | | |

**VI Sposób odbioru dokumentacji** *(proszę wstawić „****X”*** *w polu wyboru)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | odbiorę osobiście |  |  | proszę o przesłanie listem poleconym na podany adres | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  | odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie upoważniona | | | | |
|  |  |  | | | | |
| **.............................................................................................................................................................**  ***(czytelny podpis osoby składającej wniosek lub pracownika przyjmującego wniosek)*** | | | | | |

\* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta

\*\* Szpital udostępnia oryginał dokumentacji medycznej: a) podmiotom uprawnionym, b) w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, c) w przypadku wniosku o udostepnienie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy

**VII Adnotacje pracownika Szpitala dotyczące udostepnienia dokumentacji**

**A Odmowa udostepnienia** *(proszę zaznaczyć w przypadku odmowy udostepnienia)*

**B Udostepnienie**1. **Potwierdzam:** *(proszę wstawić „****X”*** *w polu wyboru)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | wydanie dokumentacji medycznej |  |  | udostepnienie dokumentacji do wglądu |

|  |
| --- |
| .........................................................................................................................................................................  *(data i czytelny podpis pracownika wydającego/udostepniającego dokumentację)* |

**IX Udostepnienie oryginału dokumentacji**

**1. Potwierdzenie wypożyczenia i zwrotu oryginału dokumentacji:**

|  |
| --- |
| **Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji i zobowiązuję się̨ do jego zwrotu po wykorzystaniu**  ..............................................................................................................................................................  *(data i czytelny podpis osoby, której wypożyczono oryginał dokumentacji)* |
| **Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji:**  ................................................................................................................................................................  *(data i czytelny podpis pracownika przyjmującego dokumentację)* |

**Inne adnotacje:** .................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostepnienie dokumentacji medycznej**

1. **Administratorem danych osobowych jest** Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej   
   w Myszkowie ul. Aleja Wolności 29, 42-300 Myszków, (34) 315-82-00 fax: (34) 313-73-29.
2. Z wyznaczonym w ZOZ Myszków można skontaktować się kierując korespondencję na adres administratora wskazany w zdaniu pierwszym z dopiskiem *„dane osobowe”* lub bezpośrednio kierując korespondencję na adres poczty elektronicznej iod@zozmyszkow.pl,
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o udostępnienie przez SP ZOZ Myszków dokumentacji medycznej.
4. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO; w związku z obowiązującymi przepisami, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wnioski o udostepnienie dokumentacji medycznej będą przechowywane przez okres 5 lat od daty złożenia wniosku. Wykazy udostepnień dokumentacji medycznej przechowywane będą przez okres 20 lat zgodnie z zapisami obowiązującego w jednostce Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.
7. Dane osobowe mogą̨ być udostępniane uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa.
8. Dane osobowe nie będą̨ przetwarzane w celach marketingowych bez wyraźnej zgody i nie będą̨ przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również̇ w formie profilowania.
9. Dane osobowe nie będą̨ przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w SP ZOZ Myszków znajdują̨ się̨ na stronie internetowej www.zozmyszkow.pl w zakładce Dla Pacjenta – https://www.zozmyszkow.pl/kategorie-span/dla-pacjenta/klauzula