

.....
(miejsowość, data)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane osoby zgłaszającej wniosek:

Imię (imiona) i nazwisko:

PESEL:

Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail, adres zamieszkania)

.....

2. Osoba zgłaszająca wniosek jest:

Pacjentem

Przedstawicielem ustawowym Pacjenta

Osobą upoważnioną przez Pacjenta

Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta*

3. Dane Pacjenta którego dotyczy wniosek:

Imię (imiona) i nazwisko:

PESEL:

4. Zakres wnioskowanej dokumentacji medycznej

Nazwa Poradni / Pracowni:

.....

Okres leczenia:

.....

5. Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:

do wglądu w siedzibie Placówki

poprzez sporządzenie odpisu

poprzez sporządzenie kserokopii

środki komunikacji elektronicznej

poprzez sporządzenie wydruku

informatyczny nośnik danych

poprzez sporządzenie wyciągu

6. Sposób odbioru dokumentacji medycznej

Odbiór osobisty

Wysłanie na adres:

Odbiór przez osobę upoważnioną:

Imię (imiona) i nazwisko:

Numer dokumentu tożsamości:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującym cennikiem PCM w Rzeszowie SP ZOZ

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

7. Adnotacje Pracownika

Odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej

.....
(proszę podać przyczynę odmowy)

Zgoda na:

udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

wydanie dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis Pracownika wydającego dokumentację)

* Przez osobę bliską należy rozumieć małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta (art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta).

8. Potwierdzenie wydania dokumentacji

Dokumentacja została:

- wysłana pocztą na adres wskazany we wniosku w dniu:
- odebrana osobiście przez Pacjenta
- odebrana przez osobę upoważnioną na podstawie:
 - upoważnienia w dokumentacji medycznej
 - upoważnienia wypisanego we wniosku
 - odrębne pisemne upoważnienie dołączone jako załącznik do wniosku

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
(data i podpis Pracownika wydającego dokumentację)

9. Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji:

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

Tożsamość osoby odbierającej została potwierdzona na podstawie:

.....
(rodzaj i numer dokumentu tożsamości)

.....
(data i podpis Pracownika wydającego dokumentację)

Klauzula informacyjna – udostępnienie dokumentacji medycznej

W związku z obowiązywaniem Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/769 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), dalej „RODO”, niniejszym informujemy:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Podkarpackie Centrum Medyczne w Rzeszowie SP ZOZ, z siedzibą w Rzeszowie, ul. Plac Dworcowy 2, 35-201 Rzeszów.
2. Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych
 - drogą e-mailową na adres: iod@pcmrzeszow.pl,
 - pisemnie na adres: ul. Plac Dworcowy 2, 35-201 Rzeszów,
 - telefonicznie: 17-85-28-950.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze tj. udostępnienie dokumentacji medycznej, wynikającego z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 6 ust. 1 lit. c RODO i art. 9 ust. 1 lit. h RODO.
4. Udostępnianie danych osobowych odbywa się wyłącznie uprawnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych. Odbiorcami danych osobowych są podmioty świadczące usługi informatyczne, udostępniające systemu informatyczne, usługi hostingowe.
5. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do Państw trzecich.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres czasu wynikający z przepisów prawa.
7. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie Państwa danych osobowych jest niezbędne do udostępnienia dokumentacji medycznej a obowiązek podania danych wynika z przepisów prawa.
9. Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania.