

Przeworsk, dnia

SP ZOZ w Przeworsku**Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej****Dane pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy):**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia/PESEL

Tel. kontaktowy Adres e-mail*

Dane osoby upoważnionej przez pacjenta **:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia/PESEL

Tel. kontaktowy Adres e-mail*

* wypełnić, jeśli wnioskuję o przesłanie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

** wypełnić w przypadku, gdy Wnioskodawca wnioskuję o udostępnienie dokumentacji, jako przedstawiciel ustawowy lub z upoważnienia pacjenta

Rodzaj dokumentacji:**SZPITAL**

Nazwa oddziału

Data hospitalizacji

Nr Księgi Głównej

☐ karta informacyjna ☐ historia choroby ☐ protokół operacji, zabiegów☐ dokumentacja medyczna (całość) ☐ karta medycznych czynności ratunkowych☐ wyniki badań (jakie) ☐ inne**PORADNIA SPECJALISTYCZNA**

Nazwa Poradni

Data wizyty

☐ historia zdrowia i choroby ☐ wyniki badań (jakie) ☐ inne**INNY RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** (wymagany opis wniosku, nazwa medycznej komórki Zakładu)☐ karta odmowy przyjęcia z Izby Przyjęć ☐ karta z NiŚSOZ ☐ karta zabiegów fizjoterapeutycznych☐ RTG ☐ inne

Data pobytu szpitalnego

Data wizyty ambulatoryjnej

Data wykonania badania

Ja niżej podpisana/y niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w jednej z poniższych form (właściwie zaznaczyć):

1. ☐ wydanie wyciągu/odpisu2. ☐ wydanie kopii;

3. ☐ wydanie wydruku;
4. ☐ wydanie oryginału;
5. ☐ za pomocą Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej
6. ☐ do wglądu w siedzibie szpitala
7. ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
8. ☐ na informatycznym nośniku danych
9. ☐ kopii/odpisu drogą tradycyjną, czyli listem poleconym.

Do udostępnienia w trybie 4 należy podać adres swojej skrzynki e-PUAP***

Do udostępnienia w trybie 6 należy podać adres swojej skrzynki elektronicznej****

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym Cennikiem Usług Medycznych SP ZOZ w Przeworsku.

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie wydania/odbioru

Potwierdzam wydanie/odbior kopii dokumentacji medycznej w dniu o godz.

.....
(Podpis pracownika SP ZOZ w Przeworsku)

.....
(Podpis odbierającego)

*** Aby pozyskać adres skrzynki e-PUAP wejdź na stronę epuap.gov.pl i zaloguj się. Wybierz: Moja skrzynka → Operacje informacje szczegółowe skrzynki (znak plusa) > adres znajduje się w polu lista adresów skrzytek dla danej skrzynki w formacie /login/nazwa skrzynki.

**** Przyjmuję do wiadomości, że udostępnione dane w formie cyfrowej zostaną mi przesłane w formie zaszyfrowanej w programie 7zip. Hasło do zaszyfrowanego pliku w ramach ochrony danych osobowych (minimum 12 znaków, wielkie i małe znaki, cyfry, znaki specjalne) zostanie mi podane wybranym kanałem. Jestem świadomy, że dostęp do dokumentacji w formacie cyfrowym wymaga zainstalowania programu 7 zip na własnym komputerze.

Wydanie dokumentacji medycznej następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem w przypadku:

- odbioru osobistego, weryfikacja tożsamości następuje przed udostępnieniem dokumentacji medycznej;
- udostępnienia za pomocą poczty elektronicznej, weryfikacji tożsamości bezpośredniej należy dokonać w momencie składania wniosku;
- udostępnienia za pomocą Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej na podstawie wniosku złożonego osobiście lub pocztą elektroniczną będzie możliwe po bezpośredniej weryfikacji tożsamości osoby wnioskującej w punkcie przyjmowania próbek;
- udostępnienia listownego (listem poleconym) tożsamość wnioskującego zostanie zweryfikowana przez pracownika poczty przy odbiorze przesyłki.

Udostępnienie na podstawie wniosku złożonego drogą elektroniczną na konto e-PUAP SP ZOZ w Przeworsku, poprzez pismo ogólne do podmiotu publicznego podpisane profilem zaufanym lub podpisem kwalifikowanym nie wymaga dalszego uwierzytelnienia wnioskodawcy.

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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- RODO) informuję, że:

1. Administrator Danych Osobowych

Administratorem Danych Osobowych jest SP ZOZ w Przeworsku ul. Szpitalna 16, 37-200 Przeworsk, tel. 16 648 72 19, e-mail: sekretariat@spzoz-przeworsk.pl.

1. Inspektor Ochrony Danych Osobowych

W sprawach związanych z ochroną danych osobowych należy się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych poprzez e-mail: iod@spzoz-przeworsk.pl, telefon 16 649 14 95.

2. Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udostępnienia dokumentacji medycznej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C RODO, w związku z ustawą z dnia 06 listopada 2008r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Informacje o kategoriach odbiorców danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa.

4. Okres przechowywania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem aktów.

5. Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane:

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

- ✓ prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- ✓ prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- ✓ prawo ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- ✓ prawo usunięcia danych osobowych, gdy przetwarzanie nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa;
- ✓ prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- ✓ prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

6. Obowiązek podania danych

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

7. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

Administrator nie planuje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym oraz organizacji międzynarodowych.

8. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.