

# Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie

Andrychów, dnia .....

## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Nazwisko i imię wnioskującego: .....

Numer PESEL/Numer dowodu osobistego: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Nazwisko i imię pacjenta\* .....

Pesel .....

*\*Dane pacjenta – należy podać tylko w przypadku, gdy pacjent nie jest jednocześnie wnioskodawcą*

Forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> wgląd                         | <input type="checkbox"/> wydanie oryginału |
| <input type="checkbox"/> wyciąg, odpis                 | <input type="checkbox"/> inne: .....       |
| <input type="checkbox"/> kopia dokumentacji papierowej |  |

Szczegóły dot. udostępnianej dokumentacji medycznej: .....

.....

*(np. całość historii choroby, Karta Informacyjna, dokumenty z konkretnego pobytu, itp.),*

Szczegóły dotyczące odbioru dokumentów:

- odbiorę osobiście
- odbierze osobiście osoba upoważniona
- proszę przesłać listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na adres.....

.....  
podpis wnioskodawcy

## Potwierdzenie odbioru dokumentacji

Naliczono opłaty w wysokości:.....

Opłatę uiszczono w dniu: .....

Potwierdzam odbiór / kserokopii\*/wyciągu\*/ odpisu\* dokumentacji medycznej w dniu.....

- *niepotrzebne skreślić*

.....  
Podpis pracownika WSP w Andrychowie

.....  
Czytelny podpis osoby odbierającej

### **Klauzula informacyjna dla wnioskodawcy**

Zgodnie z art.13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 zwanego dalej RODO informuję, że:

<i>Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie ul.J.Dąbrowskiego 19</i>
<i>W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod numerem telefonu: 33 875 75 42 oraz pod adresem e-mail: mguzdek@szpital.info.pl</i>
<i>Pani/Pana dane osobowe będą zbierane i przetwarzane przez Administratora w celu realizacji wniosku.</i>
<i>Podstawa prawna przetwarzania art. 6 ust. 1 lit. a RODO.</i>
<i>Odbiorcy danych: - upoważnieni przez Administratora pracownicy i współpracownicy, w zakresie niezbędnym do wykonywania swoich obowiązków, - pacjent, o którego dane Pan/i wystąpił/a - instytucje uprawnione do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów prawa.</i>
<i>Administrator nie będzie przekazywał danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.</i>
<i>Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym został rozpatrzony wniosek</i>
<i>Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.</i>
<i>Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa,</i>
<i>Podanie danych osobowych jest dobrowolne (niezbędne do rozpatrzenia wniosku).</i>
<i>Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji tzw. profilowaniu.</i>