

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie

Andrychów, dnia

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

na podstawie art. 23 i art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dane osoby, której dotyczy dokumentacja:

Imię i nazwisko: _____ Telefon: _____
Numer PESEL: _____ E-mail: _____
Adres zamieszkania: _____

Dane osoby, którą pacjent w trakcie pobytu w Szpitalu upoważnił do dostępu do dokumentacji/Dane osoby bliskiej wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta/Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko: _____ Telefon: _____
Numer PESEL: _____ E-mail: _____
Adres zamieszkania: _____

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- do wglądu wyciąg odpis kopia
 na informatycznym nośniku danych
 udostępnienie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

Zakres udostępnianej dokumentacji medycznej:

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

Szczegóły dotyczące odbioru dokumentów:

- odbiór osobisty
 odbiór osobisty przez osobę upoważnioną
 proszę przesłać listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na adres.....
 przesłać za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZAM, IŻ:

- zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej
- jestem osobą bliską dla zmarłego pacjenta, o dokumentację którego wnioskuję:
1. /określenie charakteru relacji/
- nie są mi znane okoliczności, by inne osoby bliskie wyrażały sprzeciw wobec mojego wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

.....
/miejsowość, data/

.....
/podpis osoby wnioskującej/

- Pkt 2 i 3 – gdy wniosek, po śmierci pacjenta, składa osoba bliska

Potwierdzenie odbioru dokumentacji

Naliczono opłaty w wysokości:.....

Opłatę uiszczono w dniu:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:.....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
- odebrana przez osobę bliską,
- przesłane za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
-

.....
Podpis pracownika WSP w Andrychowie

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej

INFORMACJE:

- osoba bliska - 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;
- wyciąg - skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej;
- odpis - dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem;
- kopia - dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego - skanu;

Klauzula informacyjna dla wnioskodawcy

0

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 42wew.218 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>