

L. dz. /



....., dnia
(Miejscowość i data)

PREZES ZARZĄDU
Szpital Miejski w Gliwicach Sp. z o.o.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(wypełnia pacjent / przedstawiciel ustawowy / osoba upoważniona)

Osoba występującą z wnioskiem (właściwie zaznaczyć):
☐ Pacjent
☐ Przedstawiciel ustawowy pacjenta
☐ Osoba upoważniona przez pacjenta

Dane pacjenta	Dane przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta występującej z wnioskiem
Imię i nazwisko	
PESEL	Imię i nazwisko
Adres	Adres
Nr tel. kontaktowego	Nr tel. kontaktowego

Składam wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (właściwie zaznaczyć):

☐ Izbie Przyjęć ☐ Poradni
☐ POZ ☐ Fizjoterapii ☐ Oddziale

Za okres (właściwie zaznaczyć):

☐ całość leczenia ☐ za okres / podać termin od – do /

W formie (właściwie zaznaczyć):

☐ do wglądu ☐ poprzez sporządzenie - ☐ wyciągu ☐ odpisu ☐ kopii ☐ wydruku ☐ uwierzytelnienie

Odbiór dokumentacji (właściwie zaznaczyć):

☐ osobiście
☐ przez osobę upoważnioną
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr i seria dokumentu tożsamości)

Oświadczam, że zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgadzam się na uiszczenie opłaty za udostępnienie dokumentacji.

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Wydanie dokumentacji medycznej następuje:

- w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych,
- za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy (na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu urzędowego ze zdjęciem),
- okazaniem dowodu zapłaty.

Pobrano opłatę w wysokości zł.

Potwierdzam odbiór stron

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

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

- cena sporządzenia jednej strony kopii, wydruku wynosi zł brutto
- dokumentacja udostępniana jest bez zbędnej zwłoki, nie dłużej niż - **do 7 dni**



**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych
(przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej przez pacjenta)
w Szpitalu Miejskim w Gliwicach Sp. z o.o.**

Podstawa Prawna Przetwarzania.

- Art. 6 ust. 1 lit. c i d oraz art. 9 ust. 2 lit. h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (zwana RODO)
- § 8 ust. 1-2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015r. poz. 2069);
- Art. 26 ust. 1-3 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2017r. poz. 1318).

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informujemy, że Państwa dane osobowe zostały nam powierzone w związku z upoważnieniem Pani/Pana do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta, udzielonych świadczeniach zdrowotnych, i/lub uzyskiwania dokumentacji medycznej.

Powierzone nam dane obejmują :

- imię i nazwisko,
- adres
- numer telefonu.

Informacje na temat przetwarzania danych osobowych naszym Szpitalu zamieszczone są na stronie internetowej naszego Biuletynu Informacji Publicznej (BIP) <http://szpital.gliwice.bip-e.pl> („zakładka – Prawa Pacjenta”) oraz wywieszone na tablicach informacyjnych na terenie Szpitala.

Dane administratora.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Miejski w Gliwicach Sp. z o.o., z siedzibą w Gliwicach przy ul. Zygmunta Starego 20, 44-100 Gliwice, tel. 32 330 83 00, fax. 32 330 84 01, e-mail. sekretariat@szpital.gliwice.pl

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych.

Piotr Ziółkowski – tel. 32 330 84 15, e-mail: p.ziolkowski@szpital.gliwice.pl

Cele przetwarzania danych osobowych

Dane osobowe osób upoważnionych są przetwarzane w celu realizacji upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, udzielonych mu świadczeń zdrowotnych oraz uzyskiwania Jego dokumentacji medycznej.

Informacje o odbiorcach danych osobowych.

Państwa dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz dostawcom usług, które umożliwiają udzielanie świadczeń zdrowotnych i przechowywania dokumentacji medycznej, dostawcom usług teleinformatycznych.

Okres, przez które dane osobowe będą przechowywane.

Dane osobowe osób upoważnionych są przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji medycznej lub do czasu wycofania upoważnienia przez pacjenta.

Prawa przysługujące osobom upoważnionym w związku z przetwarzaniem danych osobowych.

Posiadają Państwo prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, a w przypadku zaistnienia takiej konieczności, do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.

Informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do:

Urzędu Ochrony Danych Osobowych

ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531-03-00, fax. 22 243 05 69, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl,

Podanie danych jest dobrowolne lecz niezbędne w celu zrealizowania upoważnienia.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

Dane osobowe osób upoważnionych nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji , w tym profilowaniu.