F6 ISJ-1-2-4/Z

wydanie 3/2024

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Wnioskodawca:**Imię, nazwisko: …………………………………………………………….. Data ur./PESEL: ………………………………………

Adres zamieszkania: ………………………………………………………. Tel. Kontaktowy: ……………………………………...

Adres email:………………………………………………………………………………………..

**Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta\*)**

Imię, nazwisko: …………………………………………………………….. Data ur./PESEL: ………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………….

Dokumentacja dotyczy – Poradni/Oddziału/Inne: ……………………………………………………………………………………  
 (wpisać nazwę komórki)

z okresu/dnia: ……………………………………….

**Rodzaj dokumentu medycznego:**

pełna historia choroby karta informacyjna wyniki badań laboratoryjnych RTG MRI

TK USG mammografia inne: …………………………………………………………………………………

**Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:**

do wglądu (z możliwością sporządzenia notatek, zdjęć) kserokopia wydruk wyciąg

odpis na informatycznym nośniku danych – płyta CD za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

**Liczba kopii dokumentacji: ……………… uwierzytelniona/nieuwierzytelniona\*\*)**

**Dokumentację:**

odbiorę osobiście

odbierze osoba upoważniona: ……………..……………………………………………  
 (imię i nazwisko)

proszę przesłać na adres j.w./ …………………………………………………………………………………………………., wyrażam zgodę i zobowiązuję się do uregulowania kosztów kserokopii dokumentacji i kosztu przesyłki pocztowej, za pobraniem i potwierdzeniem nadania oraz odbioru

proszę przesłać na adres e-mail

\* wypełnić w sytuacji gdy występuje jako rodzic dziecka 18 rż, przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona  
\*\* właściwe podkreślić

……………………………………………………………………  
 data i czytelny podpis osoby wnioskującej  
 **OŚWIADCZENIE**

***W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w ciągu 14 dni od wyznaczonej daty odbioru, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Jednocześnie wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu.***

**Odbiór dokumentacji:**

Pierwsza kopia (bez opłat)   
 Kolejna kopia ………………………………………………………………………….

data i czytelny podpis osoby wnioskującej

…………………………………………………………………… ……………………………………………………………………  
 data i czytelny podpis osoby wydającej data i czytelny podpis osoby odbierającej

**Sporządzenie kopii odbywa się na koszt wnioskodawcy zgodnie z obowiązującym w Szpitalu cennikiem.  
Podstawa prawna – Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**

Szanując Twoją prywatność oraz dbając o to, abyś wiedział kto i w jaki sposób przetwarza Twoje dane osobowe, poniżej przedstawiam informacje, które pomogą Ci to ustalić. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO, informuję, iż:

1. Administratorem jest Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o., ul. Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce.
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:

W Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, adres poczty elektronicznej: [iod@szpital.siedlce.pl](mailto:iod@szpital.siedlce.pl)

1. Cele przetwarzania danych osobowych:

Dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej.

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:

* Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (podstawa prawna z art. 6 ust. 1 lit. c RODO)
* Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

1. Informacje o odbiorcach danych osobowych:

* Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona przez pacjenta, szkoła wyższa lub instytut badawczy do wykorzystania w celach naukowych.
* Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:

Dane osobowe wnioskodawców o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 10 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.

1. Uprawnienia z art. 15-21 RODO:

* Przysługują Pani/Panu prawa do żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.

1. Prawo do wniesienia skargi:

* Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.

1. Obowiązek podania danych

* Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania niniejszych danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej .

1. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji

* Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.