


SYSTEM JAKOŚCI SZPITALA WOLSKIEGO		
	<b>PROCEDURA UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W SZPITALU WOLSKIM</b>	Strona: 1 z 2 Wydanie nr XVI Data wydania: 16.02.2023 Zastępuje wydanie nr: XV

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ***)	
<b>DANE WNIOSKODAWCY:</b>	
Imię i nazwisko:	PESEL:
Adres zamieszkania:	
Adres e-mail:	Numer telefonu:
<b>OSOBA ZGŁASZAJĄCA WNIOSEK JEST *)</b>	
<input type="checkbox"/> pacjentem <input type="checkbox"/> przedstawicielem ustawowym pacjenta <input type="checkbox"/> osobą upoważnioną przez pacjenta wskazaną w dokumentacji medycznej pacjenta <input type="checkbox"/> osobą upoważnioną przez pacjenta wskazaną w załączonym upoważnieniu <input type="checkbox"/> osobą bliską (tj. 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)	
<b>DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA MEDYCZNA:</b>	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
<b>ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b>	
<b>DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W PORADNI:</b>	
Nazwa poradni:	
<b>DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W SZPITALU:</b>	
Pobyt od:	Pobyt do:
Oddział:	
Rodzaj i zakres dokumentacji (np. karta informacyjna, historia choroby, wyniki badań)	
Sposób udostępnienia*:	<input type="checkbox"/> do wglądu <input type="checkbox"/> poprzez sporządzenie wyciągu <input type="checkbox"/> poprzez sporządzenie kopii <input type="checkbox"/> poprzez sporządzenie wydruku <input type="checkbox"/> poprzez sporządzenie odpisu <input type="checkbox"/> poprzez zapis na płycie CD/DVD <input type="checkbox"/> skan wysłany drogą elektroniczną na adres e-mail
Dokumentację medyczną*:	<input type="checkbox"/> odbiorę osobiście <input type="checkbox"/> odbierze osoba przeze mnie upoważniona na podstawie załączonego upoważnienia <input type="checkbox"/> odbiorę za pośrednictwem poczty po uiszczeniu opłaty pocztowej
Opłaty**:	<input type="checkbox"/> w związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej - <b>po raz pierwszy</b> - w zakresie określonym w niniejszym wniosku, przysługuje mi prawo otrzymania niniejszej dokumentacji <b>bezpłatnie</b> .

	<input type="checkbox"/> zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Wolskim w Warszawie.
Warszawa, _____	_____ (czytelny podpis wnioskodawcy)***

Zgodnie z art. 13 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych **osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej jest Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o., ul. Marcina Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa.**
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej iod@wolski.med.pl
3. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej.
4. Dane zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta - administrator przetwarza na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Dane zebrane celem realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej - administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 RODO oraz art. 26 ust. 1 - 2b) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
6. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem).
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Przysługuje prawo uzyskania kopii swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.
9. Dane osobowe osób ubiegających się o udostępnienie dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej, której dotyczył wniosek o udostępnienie, z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie.
10. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo przysługuje prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do identyfikacji Osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej.
12. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o podane dane osobowe.

Potwierdzenie udostępnienia			
Tożsamość osoby odbierającej wnioskowaną dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:			
Nazwa dokumentu:		Seria i numer:	
Ilość stron:		Wysokość opłaty:	
_____ (data i czytelny podpis odbierającego)		_____ (data i czytelny podpis wydającego)	

\*) należy zakreślić właściwe okienko

\*\*) należy zakreślić właściwe okienko. Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt. 1) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

\*\*\*) niniejszy formularz ma charakter pomocniczy, osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie