

Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

....., dnia

I Dane osoby zgłaszającej wniosek

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)

.....

II Osoba zgłaszająca wniosek jest:

(proszę zaznaczyć właściwe)

- Pacjentem Przedstawicielem ustawowym Pacjenta
 Osobą upoważnioną przez Pacjenta Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta*

III Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. PESEL

IV Zakres wnioskowanej dokumentacji

1. Dotyczy leczenia we wskazanych poradniach/pracowniach

.....

2. Dotyczy *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- leczenia w okresie.....
 całości dokumentacji medycznej
 wskazanych rodzajów dokumentów.....

V Sposób udostępnienia dokumentacji *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- poprzez sporządzenie kserokopii
 poprzez sporządzenie odpisu
 poprzez sporządzenie wyciągu

VI Sposób odbioru dokumentacji *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- odbiorę osobiście
 odbierze osobiście osoba upoważniona

.....

Zapoznałam(-em) się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej i przed jej osobistym odebraniem lub przesłaniem ureguluję koszty związane z jej udostępnieniem.

.....
data i miejscowość, podpis pacjenta

Adnotację
pieczętka jednostki

Sporządzono:

Odpis dokumentacji medycznej: stron koszt:

Kserokopię dokumentacji medycznej: stron koszt:

Wyciąg dokumentacji medycznej: stron koszt:

Zapłata: data

Odebrano dokumentację medyczną dnia:

.....
data i miejscowość, podpis pacjenta

.....
podpis pracownika sporządzającego

Klauzula informacyjna

dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Administratorem danych osobowych jest Przychodnia Rodzinna Thielemann i Wspólnicy Sp. z o.o. z siedzibą w Brusach, ul. Dworcowa 24.
2. Z administratorem - można się skontaktować poprzez adres e-mail biuro@przychodniabrusy.pl lub telefonicznie pod numerem 52 33 55 999.
3. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani / Pan skontaktować poprzez email inspektor25052018@gmail.com lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
4. Administrator Danych Osobowych będzie przetwarzał dane osobowe przez okres 20, 22 lub 30 lat liczonych od daty sporządzenia ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej stosownie do okresów przechowywania dokumentacji, która była przedmiotem wniosku, określonych w art. 29 *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.
5. Osobie wnioskującej przysługuje prawo dostępu do treści ich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
7. Dane osobowe mogą być udostępniane uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa.
8. Dane osobowe nie będą nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
9. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w Przychodni Rodzinnej Thielemann i Wspólnicy Sp. z o.o. znajdują się na stronie internetowej www.przychodniabrusy.pl w zakładce Ważne Informacje – RODO.