

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pabian-Med

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

Na podstawie art. 26 ust 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (ustawa z dnia 6 listopada 2008r., tj Dz. U. 2019r. poz. 1127) ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym numer, zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej w formie*:

do wglądu w siedzibie SP ZOZ Pabian-Med

wyciągu, odpisu, kopii w formie:

kserokopii

wydruku

pliku / skanu, zapisanego na elektronicznym nośniku danych

pliku / skanu, przesłanego skanu na adres mailowy

przez wydanie kliszy zdjęcia rentgenowskiego za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po

wykorzystaniu, pod rygorem odpowiedzialności cywilnej i karniej za zagubienie, utratę bądź

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Adres:

Telefon kontaktowy wnioskodawcy:****

Nazwa poradni, której dotyczy wydanie dokumentacji*

Przedział czasu, którego dotyczy wydanie dokumentacji: * od..... do.....

Wniosek składam: *

w imieniu własnym;

jako przedstawiciel ustawowy pacjenta;
Imię i Nazwisko przedstawiciela ustawowego

jako osoba upoważniona przez pacjenta;
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej, PESEL

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz, że

pokryję określone w cenniku koszty wykonania i kopiowania powyżej dokumentacji, ustalony stosownie do zapisów art. 28 ust. 4 w/w ustawy, na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, w Regulaminie Organizacyjnym SP ZOZ Pabian-Med w Pabianicach.

jako osoba fizyczna, której dane są przetwarzane***, skorzystam z przysługującego mi prawa do jednorazowego bezpłatnego otrzymania dokumentacji, zgodnie z art. 15 ust. 3 RODO.

.....
Data złożenia wniosku

.....
Czytelny podpis osoby składającej wniosek

* pole obowiązkowe – zaznacz „X” we właściwym miejscu, lub skreślić niewłaściwe

** dotyczy TYLKO organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;

*** dotyczy wyłącznie osoby której dane są przetwarzane, oraz przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika pacjenta, działających w granicach upoważnienia, wykonujących wolę pacjenta. Z wyłączeniem podmiotów i organów wskazanych w art 26 ust 3 u.o.p.p.

**** treść niewymagana

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pabian-Med

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

Ja ni e j podpisany potwierdzam, i w dniuodbieram dokumentacj medyczn pacjenta

.....
Imi i Nazwisko pacjenta

w formie:

- do wgl du w siedzibie SP ZOZ Pabian-Med
- wyci gu stronkoszt
- odpisu stronkoszt
- kopii w formie:
- kserokopii stronkoszt
 - na elektronicznym no niku danych sztukkoszt
 - przeslanego skanu na adresmalowy stronkoszt
 - wydruku stronkoszt
- przez wydanie oryginału z zastrze eniem zwrotu po wykorzystaniu, pod rygorem odpowiedzialno ci cywilnej i karnej za zagubienie, utrat b d zniszczenie dokumentacji, w liczbie stronkoszt

w cało ci* / z przedziału czasu od do*

Przyjmuj do wiadomo ci, i z dniem przyj cia dokumentacji medycznej, wydanym zgodnie z wskazan form jestem wiadomy/-ma ci e j na mnie odpowiedzialno ci za wła ciwe jego zabezpieczenie oraz dysponowanie.

W przypadku przyj cia oryginału dokumentacji, od chwili pokwitowania odbioru do czasu jej zwrotu, jestem odpowiedzialny/-na za dochowanie nale ytej staranno ci w zakresie przechowywania odebranej dokumentacji oraz jej zwrotu w stanie nienaruszonym.

Imi i Nazwisko, oraz czytelny podpis osoby odbieraj e j dokumentacj

Nazwisko, oraz czytelny podpis osoby wydaj e j dokumentacj

Zapłata:przyj ł data

.....
Czytelny podpis osoby przyjmuj e j

Klauzula informacyjna

- Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporz dzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zwz zku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO); (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuj , i :
- 1) Administratorem Pani /Pana danych osobowych jest: SP ZOZ PABIAN-MED w Pabianicach ul. J. Kili skiego 10*12, 95-200 Pabianice;
 - 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres e-mail: iod@pabianmed.internetdsl.pl;
 - 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane b d w celu udost pnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej, skonaktowania, udzielenia informacji w zwz zku z udost pnieniem dokumentacji – na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. C i art. 9 ust. 2 lit. H RODO;
 - 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych b d wyl cznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, podmioty z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych w celu prowadzenia procesu udost pniania dokumentacji;
 - 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane b d zgodnie z powszechnie obow zuj cymi przepisami prawa;
 - 6) posiada Pani/Pan prawo dost pu do swoich danych osobowych (Art. 15 RODO), prawo do ich sprostowania (Art. 16 RODO), usuni cia (Art. 17 RODO) lub ograniczenia przetwarzania (Art. 18 RODO), prawo do przenoszenia danych (Art. 20 RODO), oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (Art. 21 RODO);
 - 7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urz du Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, fax: 22 531-03-01, kancelaria@uodo.gov.pl
 - 8) podanie Pana/ Pani danych osobowych w celu udost pnienia dokumentacji medycznej jest obli gatoryjne na mocy odr bnych przepisów prawa;
 - 9) Pana /Pani dane osobowe nie s i nie b d poddawane profilowaniu.

.....
Potwierdzam zapoznanie si z klauzul