

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA
ICZ HEALTHCARE SP. Z O.O. – SZPITAL ŻYWIEC****I. Wnioskodawca:** pacjent/przedstawiciel ustawy pacjenta/osoba upoważniona przez pacjenta*

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy:

Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL:

II. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie (właściwe zakreślić): do wglądu; wyciąg / odpis / kopia / wydruk; na informatycznym nośniku danych; elektronicznie**z leczenia w (właściwe zakreślić):** poradniach specjalistycznych, obejmującej okres: od.....do.....

NFZ (nazwa)

prywatna (nazwa)

 oddziałach szpitalnych, obejmującej okres: od do..... izbie przyjęć, obejmującej okres: od do..... POZ, lokalizacja

obejmującej okres od do.....

Zarazem potwierdzam, że zostałem pouczony w zakresie ochrony danych osobowych na podstawie pouczenia stanowiącego część wniosku.

.....,

data,

czytelny podpis wnioskodawcy

III. Sposoby odbioru dokumentacji medycznej (właściwe zakreślić): osobiście osoba upoważniona (załączone upoważnienie)..... na adres e-mail:

(z uwzględnieniem treści oświadczenia zamieszczonego poniżej (*))

 wysłać na adres domowy

(z uwzględnieniem treści oświadczenia zamieszczonego poniżej (**))

IV. Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....,

data

czytelny podpis odbierającego

V. Tożsamość osoby odbierającej kopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie dokumentu tożsamości:

.....

.....,

data

czytelny podpis osoby wydającej

ŻĄDANIE PRZESŁANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ*/NA ADRES ZAMIESZKANIA**

Ja, niżej podpisany/a: w związku z żądaniem przeze mnie przesłania kopii dokumentacji medycznej, na podany przeze mnie adres e-mail/: z hasłem., oświadczam, że wskazany przeze mnie adres e-mail jest moim adresem poczty elektronicznej oraz został wpisany poprawnie. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną.

w związku z żądaniem przeze mnie przesłania kopii dokumentacji medycznej, na podany przeze mnie adres zamieszkania: Oświadczam, że wskazany przeze mnie adres zamieszkania jest moim adresem zamieszkania oraz został wpisany poprawnie. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą pocztową i zgadzam się na umieszczenie opłaty związanej z przesyłaniem dokumentów drogą pocztową zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

Żywiec,
dnia

.....
czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

załączniki:

-

-

dokumenty okazane do wglądu przez wnioskodawcę i zweryfikowane przez pracownika:

-

-

POUCZENIE W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) (zwane dalej: „RODO”) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ICZ HEALTHCARE Sp. z o.o. w Żywcu, zarejestrowany w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000531095, NIP: 7010451363, REGON: 360317488,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@szpitalzywiec.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (szczególnie art. 26 i 27 ww. ustawy) oraz art. 6 ust. 1 lit. c RODO, do celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w postaci udostępnienia dokumentacji medycznej i rozliczenia opłat za jej udostępnienie,
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych, w zależności od potrzeby, będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz/lub: podmioty zajmujące się obsługą prawną i bezpieczeństwem danych osobowych w ICZ HEALTHCARE Sp. z o.o., dostawcy usług technicznych i informatycznych ICZ HEALTHCARE Sp. z o.o., osoby upoważnione przez Panią/Pana,
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres przewidziany przepisami prawa, a w szczególności na zasadach wynikających z ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, to jest okres 5 lat,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych (na zasadach z art. 15 RODO), ich sprostowania (na zasadach z art. 16 RODO), usunięcia (na zasadach art. 17 RODO) lub ograniczenia przetwarzania (na zasadach art. 18 RODO), prawo do przenoszenia danych (na zasadach art. 20 RODO, gdy przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany),
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, to jest Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa),
- 8) podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa, a brak podania danych może uniemożliwić rozpatrzenie wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, czy też uniemożliwić udostępnienie dokumentacji też lub skutkować niemożnością wykonania innych czynności, dla których konieczne jest przetwarzanie Pani/Pana danych.