

	Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ w Szczecinku		
	Dokumentacja przetwarzania danych osobowych		
	Polityka Ochrony Danych Osobowych		
	Procedura udzielania informacji dotyczących pacjenta		
	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej		
Typ dokumentu	Status	Przeznaczenie	Wersja
Załącznik 069	Ogólny	Wnioskodawca	2023011701

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane wnioskodawcy:			
Imię i nazwisko		PESEL	
Adres		Nr telefonu	

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek (wypełnić, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent)			
Imię i nazwisko		PESEL	
Adres			

Podstawa wniosku (właściwe zaznaczyć):			
☐ WNIOSK SKŁADA PACJENT, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY ☐ WNIOSK SKŁADA PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY PACJENTA (przedstawiciel ustawowy: każdy z rodziców dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską. Jeżeli dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską obojga rodziców, każde z nich może działać samodzielnie jako przedstawiciel ustawowy dziecka (art. 98 § 1 k.r.o.); opiekun prawny dziecka pozostającego pod jego opieką (art. 155 § 1-2 k.r.o.) – o ustanowieniu opiekunem prawnym rozstrzyga sąd opiekuńczy postanowieniem). ☐ WNIOSKODAWCA POSIADA UPOWAŻNIENIE WYSTAWIONE PRZEZ PACJENTA ☐ OSOBA BLISKA (dotyczy sytuacji kiedy nastąpił zgon pacjenta)			

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (właściwe zaznaczyć):			
☐ DO WGLĄDU W SIEDZIBIE PODMIOTU LECZNICZEGO ☐ WYDANIE KSEROKOPII ☐ WYDANIE WYCIĄGU ☐ WYDANIE ODPISU			

Zakres dokumentacji:	
Zakład, oddział, poradnia, gabinet	
Czas leczenia (od – do)	

Oświadczam, że o powyższą dokumentację medyczną, wnoszę (właściwe zaznaczyć):	
☐ PO RAZ PIERWSZY	☐ KOLEJNY RAZ

Sposób odbioru dokumentacji medycznej (właściwe zaznaczyć):	
☐ OSOBIŚCIE ☐ PRZEZ OSOBĘ UPOWAŻNIONĄ, imię i nazwisko osoby upoważnionej: ☐ W SIEDZIBIE PODMIOTU LECZNICZEGO ☐ DOKUMENTACJĘ PROSZĘ PRZESŁAĆ LISTEM POLECONYM, NA ADRES:	
Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, w tym kosztów przesyłki listem poleconym, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru oraz za pobraniem.	

Data i podpis Wnioskodawcy	
Data, pieczętka i podpis osoby przyjmującej wniosek	

Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej:	
Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej, data, pieczętka i podpis wydającego	
Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej, data i podpis odbierającego	

Opracował	IOD	Sprawdził	IOD	Zatwierdził:	Administrator	
-----------	-----	-----------	-----	--------------	---------------	--

	Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ w Szczecinku		
	Dokumentacja przetwarzania danych osobowych		
	Polityka Ochrony Danych Osobowych		
	Procedura udzielania informacji dotyczących pacjenta		
	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej		
	Typ dokumentu	Status	Przeznaczenie
	Załącznik 069	Ogólny	Wnioskodawca
			Wersja
			2023011701

	Klauzula informacyjna dla osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej		
	Poniżej przedstawiamy informacje dotyczące przetwarzania Pani/ Pana danych osobowych:		
Kto jest administratorem Pani/ Pana danych?	Administratorem Pani/Pana danych jest Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczecinku, adres kontaktowy: ul. Polna 24, 78-400 Szczecinek, email: biuro@wspslszczecinek.pl, (dalej, Administrator).		
Z kim może Pani/ Pan kontaktować się w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych?	Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan skontaktować się w każdej sprawie dotyczącej Pani/Pana danych osobowych, pisemnie pod adresem jak powyżej, email: dpo@wspslszczecinek.pl		
Jaki jest cel i podstawa prawna przetwarzania Pani/ Pana danych osobowych?	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z art. 23 i w zakresie art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta		
Przez jaki czas przetwarzane są Pani/ Pana dane osobowe?	Pani/Pana dane są przetwarzane przez czas do wygaśnięcia obowiązków dotyczących przechowywania danych, wynikających z przepisów prawa, lub do czasu wycofania zgody na przetwarzanie numeru telefonu. Niezależnie od powyższego, Pani/Pana dane są przetwarzane do czasu wypełnienia prawnie uzasadnionych interesów Administratora stanowiących podstawę tego przetwarzania, (np. dane są przetwarzane przez czas do upływu terminów przedawnienia roszczeń – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa) lub do czasu wniesienia przez Panią/Pana skutecznego sprzeciwu wobec takiego przetwarzania.		
Komu przekazywane są Pani/ Pana dane osobowe?	W związku z prowadzeniem działalności wymagającej przetwarzania dane osobowe są ujawniane zewnętrznym podmiotom, w tym w szczególności: ✓ dostawcom usług technicznych oraz organizacyjnych, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie naszą organizacją, w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego, firmom kurierskim i pocztowym, audytorom zewnętrznym, ✓ dostawcom usług prawnych, windykacyjnych, księgowych, doradczych, rozliczeniowych, ubezpieczeniowych.		
Jakie są Pani/ Pana prawa?	Osobom, których dane dotyczą, przysługują następujące prawa: ✓ prawo dostępu do danych, w tym uzyskania kopii danych, ✓ prawo żądania sprostowania danych, ✓ prawo do usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym), tylko w sytuacji jeśli nie będziemy zobligowani przepisami prawa do ich przetwarzania, ✓ prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego ochrony danych osobowych, na adres: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, ✓ prawo do ograniczenia przetwarzania danych, ✓ prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację – w przypadkach, kiedy przetwarzamy Twoje dane na podstawie naszego prawnie uzasadnionego interesu. Jeżeli Twoje dane są przetwarzane na podstawie zgody: ✓ masz prawo do wycofania zgody. W celu realizacji powyższych praw należy skontaktować się z nami pod adresy wskazane na wstępie.		
Czy podanie Pani/ Pana danych jest obowiązkowe?	Podanie Państwa danych osobowych jest niezbędne do udostępnienia dokumentacji medycznej, a obowiązek podania danych wynika z przepisów prawa. Podanie numeru telefonu jest dobrowolne i służy do ułatwienia kontaktu w sprawie realizacji wniosku. Niepodanie tych danych nie wpłynie na realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.		
Czy Pani/ Pana dane są przekazywane poza teren UE?	Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej, tj. poza teren Unii Europejskiej.		
Czy Pani/ pana dane podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji?	Dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.		

Opracował	IOD	Sprawdził	IOD	Zatwierdził:	Administrator	
-----------	-----	-----------	-----	--------------	---------------	--