



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokument: **F-01-27-01**
Nr Procesu: 1
Nr Dokumentu: 1
Nr Wydania: 2
Data wydania: 29.01.2024 r.
Nr strony: 1 z 3

_____, dnia _____

Dane osoby przyjmującej wniosek: _____

NUMER Z REJESTRU UDOSTĘPNIANIA DANYCH: _____

I DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK

1. Imię (imiona) i nazwisko: _____

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

3. PESEL/ Numer paszportu _____

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 (jeżeli dane są takie same jak osoby zgłaszającej wniosek- nie trzeba wypełniać).

1. Imię (imiona) i nazwisko: _____

2. Data urodzenia: _____

3. PESEL/Nr paszportu: _____ 4. Tel. Kontaktowy: _____

IV ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI

1. Dotyczy leczenia

2. Dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ leczenia w okresie _____
☐ całości dokumentacji medycznej
☐ wskazanych rodzajów dokumentów _____

V SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ do wglądu w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie
☐ poprzez sporządzenie wyciągu ☐ kserokopia
☐ poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych ☐ odpis
☐ poprzez wypożyczenie oryginału** ☐ wydruk

VI SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ odbiorę osobiście ☐ proszę o przesłanie listem poleconym na podany adres
☐ poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokument: **F-01-27-01**
Nr Procesu: 1
Nr Dokumentu: 1
Nr Wydania: 2
Data wydania: 29.01.2024 r.
Nr strony: 2 z 3

- ☐ odbierze osobiście osoba przeze mnie upoważniona

* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

** Przychodnia udostępnia oryginał dokumentacji medycznej: a) podmiotom uprawnionym, b) w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, c) w przypadku wniosku o udostępnienie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy

VII ADNOTACJE PRACOWNIKA PRZYCHODNI DOTYCZĄCE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI

A Odmowa udostępnienia (proszę zaznaczyć w przypadku odmowy udostępnienia)

B Udostępnienie

1. **Potwierdzam:** (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ wydanie dokumentacji medycznej ☐ udostępnienie dokumentacji do wglądu

(data i czytelny podpis pracownika wydającego/udostępniającego dokumentację)

IX Udostępnienie oryginału dokumentacji

1. **Potwierdzenie wypożyczenia i zwrotu oryginału dokumentacji:**

Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu

(data i czytelny podpis osoby, której wypożyczono oryginał dokumentacji)

Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji:

(data i czytelny podpis pracownika przyjmującego dokumentację)

2. **Inne adnotacje:**

X. Oplata za udostępnienie dokumentacji medycznej

Liczba stron _____ x cena _____ = _____ do zapłaty

Klauzula informacyjna

dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie zlokalizowana przy ulicy Nowowiejskiej 31.

2) Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest **Janczuk Marcin** mail: iod@spl.pl, tel. **22 526 44 62**;

3) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit h RODO tj. w celu realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjenta oraz w związku z wykonywaniem działalności leczniczej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej ze szczególnym



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokument: F-01-27-01
Nr Procesu: 1
Nr Dokumentu: 1
Nr Wydania: 2
Data wydania: 29.01.2024 r.
Nr strony: 3 z 3

uwzględnieniem przepisów ustawy o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta – w związku z tym prawo Pacjenta do bycia zapomnianym, prawo sprzeciwu oraz prawo przenoszenia wobec przetwarzania danych osobowych może zostać ograniczone.

4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione przepisami prawa.

5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane:

w związku z prowadzeniem i archiwizacją dokumentacji:

przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, dokumentacja w przypadku zgonu pacjenta w skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia przetrzymywana jest przez 30 lat od końca roku kalendarzowego w którym doszło do zdarzenia,

1. dokumentacja medyczna umożliwiająca śledzenie losów krwi i jej składników przechowywana jest przez 30 lat od ostatniego wpisu,
2. skierowania lub zlecenia lekarskie przechowywane są przez 5 lat (od końca roku kalendarzowego w którym udzielono danego świadczenia zdrowotnego lub roku kalendarzowego w którym wystawiono skierowanie, ale które nie zostało zrealizowane – 2 lata),
3. dokumentacja sporządzana dla dzieci do lat dwóch, przechowywana jest przez okres 22 lat,
4. na potrzeby dochodzenia i obrony przed roszczeniami związanymi ze zrealizowanymi usługami – przez 6 lat,
5. na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych – przez 5 lat od końca roku kalendarzowego w którym powstał obowiązek podatkowy.

6) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania i przenoszenia, a także prawo do wniesienia sprzeciwu, oraz inne uprawnienia w tym zakresie wynikające z obowiązujących przepisów prawa,

7) W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit a, Rozporządzenia czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.

8) W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.

9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

10) 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.

Data i podpis osoby składającej wniosek

Data i podpis osoby odbierającej udostępnioną dokumentację medyczną