

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**Wnioskodawca:**

Imię, nazwisko: ..... Data ur./PESEL: .....

Adres zamieszkania: ..... Tel. Kontaktowy: .....

Adres e-mail.....

**Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta\*)**

Imię, nazwisko: ..... Data ur./PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

 Dokumentacja dotyczy – Poradni/Oddziału/Inne: .....  
(wpisać nazwę komórki)

z okresu/dnia: .....

**Rodzaj dokumentu medycznego:**
 pełna historia choroby     wyniki badań     RTG     TK     USG

 inne: .....

**Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:**
 do wglądu (z możliwością sporządzenia notatek, zdjęć)     kserokopia     wydruk

 wyciąg     odpis     na informatycznym nośniku danych – płyta CD

**Liczba kopii dokumentacji: ..... uwierzytelniona/nieuwierzytelniona\*\*)**
**Dokumentację:**
 odbiorę osobiście

 odbierze osoba upoważniona: .....  
(imię i nazwisko)
 proszę przesłać na adres j.w./ .....  
 wyrażam zgodę i zobowiązuję się do uregulowania kosztów kserokopii dokumentacji i kosztu przesyłki pocztowej, za pobraniem i potwierdzeniem nadania oraz odbioru

 proszę przesłać na podany adres e-mail.....

\* wypełnić w sytuacji gdy występuje jako rodzic dziecka 18 rż, przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona

\*\* właściwe podkreślić

 .....  
 data i czytelny podpis osoby wnioskującej

### OŚWIADCZENIE

*W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w ciągu 14 dni od wyznaczonej daty odbioru, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Jednocześnie wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu.*

**Odbiór dokumentacji:**
 Pierwsza kopia (bez opłat)

 Kolejna kopia .....

 .....  
 data i czytelny podpis osoby wnioskującej

 .....  
 data i czytelny podpis osoby wydającej

 .....  
 data i czytelny podpis osoby odbierającej

Pacjencie, szanując Twoją prywatność oraz dbając o to, abyś wiedział kto i w jaki sposób przetwarza Twoje dane osobowe, poniżej przedstawiam informacje, które pomogą Ci to ustalić. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO, informuję, iż:

1. Administratorem jest spółka działająca pod firmą: Lekarze Rodzinni Eskulap Sp. z o.o.
2. Dane kontaktowe: tel: 83 357 07 77 e-mail: [biuro@eskulap-losice.pl](mailto:biuro@eskulap-losice.pl)
3. Cele przetwarzania danych osobowych:  
Dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej.
4. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:
  - Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (podstawa prawna z art. 6 ust. 1 lit. c RODO)
  - Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
5. Informacje o odbiorcach danych osobowych:
  - Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona przez pacjenta.
  - Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:  
Dane osobowe wnioskodawców o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 10 lat.
6. Uprawnienia z art. 15-21 RODO:
  - Przysługują Pani/Panu prawa do żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
7. Prawo do wniesienia skargi:
  - Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.
8. Obowiązek podania danych
  - Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania niniejszych danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej .
9. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji
  - Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.