Załącznik nr 1 do Procedury
Udostępniania i Przechowywania Dokumentacji Medycznej
w Szpitalu Powiatowym w Kętrznie nr DI/I/3 wyd. 1

WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres	
Tel. kontaktowy	
Adres e-mail	

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI

/Należy zaznaczyć X we właściwej rubryce/

☐ Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy.

☐ Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta.

☐ Wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta.

☐ Wniosek, po śmierci pacjenta, składa osoba bliska dla pacjenta (inna niż przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona).

3. DANE PACJENTA

/Należy wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent./

Imię i nazwisko	
PESEL	

4. WNOSZĘ O

/Należy zaznaczyć X we właściwej rubryce./

☐ Kserokopię ☐ Wydruk ☐ Wyciąg ☐ Odpis ☐ Skan ☐ Udostępnienie do wglądu dokumentacji medycznej.

☐ Udostępnienie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej – ePUAP.

☐ Udostępnienie dokumentacji na informatycznym nośniku danych (CD/DVD).

Rodzaj dokumentacji	
Zakres dokumentacji	
Miejsce i okres leczenia	

☐ Wydanie zdjęć obrazowych w formie kliszy – rodzaj zdjęć: _____

5. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI

/Należy zaznaczyć X we właściwej rubryce./

☐ Odbiór osobisty.

☐ Wysłanie przesyłką pocztową na adres: _____

☐ Odbiór przez osobę upoważnioną, tj.:

Imię i nazwisko	
Nr dokumentu tożsamości	

☐ Wysłanie przez ePUAP – w przypadku wniosku z pkt 4 lit. b) powyżej.

6. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że zobowiązuję się do:

1) poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej oraz ewentualnej przesyłki pocztowej, zgodnie z obowiązującym w szpitalu cennikiem,
2) w przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii,
3) kopia dokumentacji medycznej jest niezbędna ☐ w celu leczenia, ☐ w innym celu,
4) jestem osobą bliską dla zmarłego pacjenta o dokumentację, którego wnioskuję _____ *(określenie charakteru relacji)*
5) nie są mi znane okoliczności, by inne osoby bliskie wyrażały sprzeciw wobec mojego wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

7. KLAUZULA INFORACYJNA

1) Administratorem danych osobowych uzyskanych podczas składania wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej jest Szpital Powiatowy w Kętrzynie przy ul. M. C. Skłodowskiej 2, 11-400 Kętrzyn (KRS: 0000000499).
2) W szpitalu został powołany inspektor danych ochrony danych osobowych, z którym można się skontaktować w sprawach bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych przez adres e-mail iod@szpital-ketrzyn.pl lub telefonicznie +48 89 751 25 02.
3) Dane osobowe przetwarzane będą w celach przygotowania dokumentacji medycznej oraz jej udostępnienia.
4) Każda osoba której danymi dysponuje administrator ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania. Ograniczenia przeniesienia oraz usunięcia danych w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub w inny sposób przetwarzane zgodnie z punktem trzecim.
5) Prawo do wniesienia skargi do prezesa urzędu ochrony danych osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
6) Dane osobowe mogą być przekazywane następującym odbiorcom danych:
   a) organom publicznym,
   b) innym podmiotom współpracującym ze szpitalem.
7) Dane osobowe nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu, stosownie do artykułu 22 RODO.
8) Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.

Miejscowość i data	**Podpis wnioskodawcy**

8. POTWIERDZENIE WPŁYWU

Data	Podpis pracownika

9. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- ☐ wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: _____
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta / przedstawiciela ustawowego
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez wnioskującego:
  - ☐ upoważnienie w dokumentacji medycznej
  - ☐ upoważnienie w niniejszym wniosku
  - ☐ odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)
- ☐ odebrana przez osobę bliską
- ☐ ePUAP

Wydano	
Naliczono opłatę w wysokości	
Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzona na podstawie, Rodzaj i numer dokumentu	

Data i podpis pracownika wydającego dokumentację: _____

10. POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

Data i podpis osoby odbierającej dokumentację: _____

UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIANIA / ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko	
PESEL (w przypadku braku – seria i nr paszportu)	
Numer telefonu	

2. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Niniejszym upoważniam

Imię i nazwisko	
Rodzaj seria i nr dokumentu tożsamości	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	

do dokonania wglądu / do odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, o której udostępnienie złożyłem wniosek w dniu .....

Data:..... Podpis pacjenta.....