



**SZPITAL
POWIATOWY
W CHRZANOWIE**

32-500 Chrzanów, ul. Topolowa 16
e-mail: sekretariat@szpital-chrzanow.pl

tel. 32-624-70-00
fax 32-623-94-28
www. szpital-chrzanow.pl

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko	PESEL																
Adres zamieszkania																	
Telefon kontaktowy																	

2. DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY (wypełnić w przypadku osoby innej niż Wnioskodawca)

Imię i nazwisko	PESEL																
Adres zamieszkania																	

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA

Nazwa oddziału, poradni, inne																	
Okres hospitalizacji/ data wizyty																	

4. RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- ☐ Karta Informacyjna z leczenia szpitalnego
 ☐ Historia Choroby
 ☐ Płyta RTG / TK
 ☐ Kartoteka
 ☐ Inne:

5. CEL WYKORZYSTANIA UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- ☐ związany z kontynuacją leczenia
 ☐ inny, niezwiązany z kontynuacją leczenia

6. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE POWYŻSZEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- ☐ po raz pierwszy
 ☐ po raz kolejny

7. FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (określonej w pkt. 4)

- ☐ kopii lub wydruku – 0,61 zł brutto za jedną stronę
☐ wyciągu lub odpisu – 17,50 zł brutto za jedną stronę
☐ na elektronicznym nośniku danych (płyty CD) – 3,50 zł za jeden nośnik – wyłącznie badania RTG, TK i MM
☐ wgląd do dokumentacji medycznej - bezpłatny

Pierwszorazowe udostępnienie dokumentacji medycznej jest bezpłatne.

Jednocześnie w przypadku ponownego udostępnienia, w/w dokumentacji medycznej, zobowiązuję się do pokrycia kosztów realizacji powyższego, zgodnie z w/w cennikiem natomiast w przypadku wysyłki dokumentacji kosztów przesyłki, wg cennika usług pocztowych.

8. FORMA ODBIORU UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI (określonej w pkt. 4)

- ☐ osobiście
 ☐ osoba upoważniona
 ☐ przesłać na adres wskazany w pkt. 1

Data i czytelny podpis Wnioskodawcy:

9. WYDANO

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie - rodzaj i nr dokumentu tożsamości:	
Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną:	zł.
Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w liczbie stron:	
Wysłano listem poleconym (data):	
.....	
Data i czytelny podpis odbierającego	Data i czytelny podpis wydającego

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z zapisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. nr 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) Szpital Przyjmujący – Szpital Powiatowy w Chrzanowie, informuje że:

1. Administratorem danych osobowych osób realizujących umowę jest Szpital Powiatowy w Chrzanowie, 32-500 Chrzanów ul. Topolowa 16, e-mail: sekretariat@szpital-chrzanow.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@szpital-chrzanow.pl.
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzamy w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu udostępnienia dokumentacji medycznej w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Odbiorcami Twoich danych mogą być (jeśli dotyczy):
 - a) inne podmioty lecznicze, współpracujące z Administratorem w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych;
 - b) podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi prawne oraz doradcze; dostawcy i serwisanci systemów IT;
 - c) podmioty, którym przekazuje się dokumentację medyczną w celu archiwizacji i niszczenia;
 - d) organy i inne podmioty, w tym podmioty publiczne, uprawnione do uzyskania Pana/Pani danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
5. Administrator nie ma zamiaru przekazywać Pana/Pani danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, wynikający z aktualnych przepisów prawa.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, prawo do żądania sprostowania (poprawiania lub uzupełnienia) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne, prawo do żądania usunięcia danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”), prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku uzasadnionym przepisami prawa.
8. Przysługuje Panu/Pani również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl gdy uznają, iż przetwarzanie ich danych osobowych narusza przepisy RODO.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej,
10. W stosunku do Pana/Pani nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje, w tym decyzje opierające się na profilowaniu.

.....
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy.