

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Wnioskującego.....
Adres zamieszkania Wnioskującego.....
Dowód tożsamości Wnioskującego.....tel. kontaktowy.....

Zwracam się z prośbą o wydanie mi ksero kopii dokumentacji medycznej:

.....
(nazwisko, imię, PESEL)

Pacjenta Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
Kliniki/Polikliniki/Poradni.....

Za okres

Do odbioru upoważniam.....

Uwagi

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1.Administratorem danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej jest Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa;
- 2.Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: kancelaria@spartanska.pl;
- 3.Administrator będzie przetwarzał dane osobowe osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej;
- 4.Dokładna podstawa prawna:
 - a)dane zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta -administrator przetwarza na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - b)dane zebrane celem realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej -administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 RODO oraz art. 26 ust. 1 - 2b) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- 5.Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);
- 6.Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 7.Mają Państwo prawo uzyskać kopie swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1.Dane osobowe osób ubiegających się o udostępnienie dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej, której dotyczył wniosek o udostępnienie, z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie;
- 2.Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo przysługuje Pani/Panu prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego ,tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 3.Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do identyfikacji Osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej;
- 4.Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe. Pacjent pokryje koszty wykonania kserokopii (odpisu, wyciągu)powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisu art.28 pkt 2 wymienionej wyżej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Warszawa, dnia

.....
(Podpis Wnioskującego)

Potwierdzam zgodność przygotowanej kserokopii dokumentacji medycznej z Wnioskiem

Ilość stron

.....

(podpis pracownika Instytutu)

Po sprawdzeniu:

Tożsamości odbierającego dokumentację medyczną

Dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę (o ile nie podlega zwolnieniu) Potwierdzam wydanie kopii/ wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej:

.....

(podpis pracownika Instytutu)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej:

Warszawa, dnia

.....

(czytelny podpis odbierającego)