

....., dnia .....  
/miejsowość/

\_\_\_\_\_\*  
*numer telefonu do rejestracji*  
*przyjmującej wniosek*

\_\_\_\_\_\*  
*Termin udostępnienia dokumentacji medycznej*

\* wypełnia pracownik rejestracji

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**  
**znajdującej się w zasobach WOMP-ZCLiP dotyczącej:**

- Mojej osoby.
- Osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym – wnioskodawca.
- Posiadam upoważnienie (w załączniku) – wnioskodawca.

**1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :**

Nazwisko ..... Imię ..... PESEL .....

Poradnia.....

data wizyty \_\_\_\_\_ lub przedział czasowy \_\_\_\_\_

**Diagnostyka obrazowa RTG**

Badanie wykonano w czasie: \_\_\_\_\_

na zlecenie lekarza \_\_\_\_\_

**Inne szczególne** (wymagany opis wniosku)

**Sposób odbioru dokumentacji (zaznaczyć właściwe):**

**1) w formie papierowej:**

- odbiór osobisty
- odbiór za pośrednictwem innej osoby

**2) na informatycznym nośniku danych (plyta CD) – dotyczy wyłącznie zdjęć RTG**

Oświadczam, że dokumentacja była / nie była<sup>1</sup> mi udostępniona nieodpłatnie (**dotyczy wyłącznie wniosku pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego** :

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

<sup>1</sup> NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

(Jeżeli dokumentacja z danej Poradni nie była udostępniona nieodpłatnie – nie pobiera się opłaty; jeżeli dokumentacja z danej Poradni była już udostępniona odpłatnie – pacjent zobowiązuje się do dokonania opłaty):

**Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnionej dokumentacji w postaci pisemnej. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.**

Obowiązek zapłaty istnieje niezależnie od faktu odebrania udostępnionej dokumentacji.

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych przez WOMP-ZCLiP w Szczecinie jako administratora danych osobowych w myśl art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób (RODO) w kategoriach zawartych w niniejszym wniosku w celu skontaktowania się i określenia postępowania z przygotowaną dokumentacją medyczną.

#### **Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 i art. 14 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 (dalej: RODO); (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: *Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy - Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki ul. Bolesława Śmiałego 33, 70-347 Szczecin*
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres e-mail: [iodo@womp.szczecin.pl](mailto:iodo@womp.szczecin.pl);
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udostępnienia dokumentacji medycznej - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz w ramach prawnie usprawiedliwionego interesu administratora skontaktowania się z Panem / Panią w celach informacyjnych oraz udzielenia informacji dot. pacjenta lub dostępu do dok. medycznej a w szczególności art. 23, 24, 26 Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta.
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i inne podmioty którym Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych w celu udostępnienia dokumentacji medycznej;
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym przez okres 20 lat, bądź, w przypadku zgonu pacjenta – 30 lat,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie danych osobowych w celu realizacji świadczeń medycznych jest obligatoryjne na mocy odrębnych przepisów prawa.

## **2. DANE WNIOSKODAWCY**

Nazwisko ..... Imię ..... PESEL .....

Adres ..... tel. ....

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną:** .....

.....

(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

Wniosek zarejestrowany w zbiorze udostępnionej dokumentacji medycznej pod numerem: \_\_\_\_\_