

....., dnia
/miejscowość/

.....
numer telefonu do rejestracji
przyjmującej wniosek

.....
Termin udostępnienia dokumentacji medycznej

* wypełnia pracownik rejestracji

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej
znajdującej się w zasobach WOMP-ZCLiP w Szczecinie 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)

Forma udostępnienia dokumentacji (zaznaczyć właściwe):

1) dokumentacja w formie papierowej ☐

2) dokumentacja w formie elektronicznej ☐

(forma elektroniczna możliwa jest wyłącznie przy łącznym wyborze przesłania dokumentacji drogą elektroniczną)

3) dokumentacja na informatycznym nośniku danych (plyta CD/DVD) ☐

(zdjęcia RTG udostępniane są wyłącznie na informatycznym nośniku danych)

Sposób odbioru (zaznaczyć właściwe)

– odbiór osobisty ☐

– odbiór przez osobę upoważnioną ☐

- przesłanie pocztą na adres: ☐
(dotyczy formy papierowej lub informatycznego nośnika danych)

- przesłanie drogą elektroniczną na adres e-mail: ☐

Oświadczam, że mam świadomość ryzyka związanego z przesyłaniem dokumentacji drogą elektroniczną.

Oświadczam, że dokumentacja medyczna w zakresie wskazanym we wniosku:

- nie była mi wcześniej udostępniona nieodpłatnie ☐
– była mi wcześniej udostępniona nieodpłatnie ☐

(Oświadczenie składa wyłącznie przez pacjent albo jego przedstawiciel ustawowy).

.....
(data i czytelny podpis pacjenta /
przedstawiciela ustawowego pacjenta)

Pouczenie:

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, którzy po raz pierwszy żądają udostępnienia dokumentacji medycznej w określonym zakresie, mają prawo do jej nieodpłatnego udostępnienia.
2. W przypadku kolejnego udostępnienia tej samej dokumentacji lub gdy wniosek składa jest osoba upoważniona (inna niż pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy), podmiot udzielający świadczeń może pobrać opłatę zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Oświadczam, że:

- 1) zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnionej dokumentacji, jeżeli nie przysługuje mi prawo do jej bezpłatnego uzyskania,
- 2) wrażliwość na wystawienie faktury bez podpisu,
- 3) jestem świadomy/-a, iż obowiązek zapłaty istnieje niezależnie od faktu odebrania udostępnionej dokumentacji.

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

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) informujemy, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: *Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy - Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie, ul. Bolesława Śmiałego 33, 70-347 Szczecin*
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres e-mail: iod@womp.szczecin.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku i udostępnienia dokumentacji medycznej - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (obowiązek prawny) oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO, w związku z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. 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, z którym Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych w celu udostępnienia dokumentacji medycznej;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z przepisami prawa, w szczególności art. 29 ustawy o prawach pacjenta, tj. co do zasady przez okres 20 lat, a w przypadkach wskazanych w ustawie – do 30 lat;
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania oraz ograniczenia ich przetwarzania. Niektóre prawa mogą być ograniczone na mocy przepisów szczególnych.
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie danych osobowych w celu realizacji świadczeń medycznych i obsługi wniosku o udostępnienie dokumentacji jest obowiązkowe 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: _____