



I.17.01.f3 Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej osobom spoza Szpitala

Data: 30.12.2022

Edycja: 8

Strona: 1/2

Nr.....
Wypełnia archiwista

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko.....
PESEL.....
Numer telefonu.....

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko.....
PESEL (w przypadku braku – data urodzenia).....

UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

| | |
|--|---|
| Leczenie na Oddziale (jakim, jakich?): | Okres leczenia: <input type="checkbox"/> Dokumentacja ma być potwierdzona za zgodność z oryginałem |
| Leczenie w Poradni (jakiej, jakich?): | Okres leczenia: <input type="checkbox"/> Dokumentacja ma być potwierdzona za zgodność z oryginałem |
| Inne (np. wynik badań obrazowych RTG, TK, MRI): | Okres leczenia: <input type="checkbox"/> Dokumentacja ma być potwierdzona za zgodność z oryginałem <input type="checkbox"/> opis <input type="checkbox"/> płyta CD |

FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- Umożliwienie wglądu do dokumentacji na terenie Szpitala
- Wydanie kserokopii/ skanu/ wydruku/ odpisu dokumentacji medycznej

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- Osobiście
- Upoważniam do odbioru (imię i nazwisko, rodzaj i seria dowodu osobistego).....
- Proszę przesłać pocztą na adres.....
- Proszę przesłać mailem na adres.....

Oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną do otrzymania wyżej wymienionej dokumentacji medycznej oraz że zapoznałam/em się z informacjami oraz klauzulą informacyjną RODO znajdującymi się na odwrocie wniosku.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Akceptacja wniosku:

Data i podpis Dyrektora:

Informacje dla osoby wnioskującej:

1. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych .
2. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
 - Pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
 - Osobie upoważnionej,
 - Upoważnionym organom oraz podmiotom określonym w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.) o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Dokumentacja medyczna udostępniana jest poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów, kserokopii lub wydruków. Oryginały dokumentacji udostępniane są wyłącznie do wglądu na terenie Szpitala.
4. Wydanie dokumentacji medycznej odbywa się na następujące sposoby:
 - Odbiór osobisty w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w archiwum pok. 013 po okazaniu dowodu osobistego lub innego dokumentu urzędowego ze zdjęciem,
 - Odbiór przez osobę upoważnioną we wniosku inną niż opiekun ustawowy pacjenta, po okazaniu upoważnienia oraz dowodu osobistego lub innego dokumentu urzędowego ze zdjęciem,
 - Wysłanie dokumentacji listem poleconym na adres wskazany przez wnioskodawcę.
 - Wysłanie skanów dokumentacji na adres mailowy wskazany przez wnioskodawcę. **UWAGA** w celu ochronnych danych osobowych plik z dokumentacją jest zaszyfrowany hasłem w programie 7zip. Do otworzenia dokumentacji w tej formie wymagane jest posiadania zainstalowanego programu 7zip na urządzeniu, które ma otworzyć plik.
5. Dokumentacja wydawana jest w możliwie najkrótszym terminie nieprzekraczającym 14 dni od złożenia wniosku.
6. **Opłata za wykonanie kopii dokumentacji medycznej nie obowiązuje, gdy jest przygotowywana po raz pierwszy w żądanym okresie i sposobie.** W pozostałych przypadkach opłaty reguluje Rozporządzenie Dyrektora Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie, które można znaleźć w cenniku pod wskazanym adresem:
<https://www.wssd.olsztyn.pl/dokumentacja-medyczna/>
7. W przypadku szczegółowych pytań dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej można kontaktować się:
tel. (089)539 34 92 lub **archiwum@wssd.olsztyn.pl**

Klauzula informacyjna RODO:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) – dalej RODO informuje że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. Stanisława Popowskiego, 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18a, tel: (089) 539-34-55, tel./fax: (089)533-77-01, www.wssd.olsztyn.pl, sekretariat@wssd.olsztyn.pl
2. Osobą do kontaktu w sprawach ochrony danych osobowych w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym jest Inspektor Ochrony Danych, dostępny pod adresem e-mail: iod@wssd.olsztyn.pl, tel. (089)539-34-58, w dni robocze od godz. 11:15 do 14:45.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja obowiązku prawnego ciążącego na administratorze tj. udostępnienie dokumentacji medycznej, wynikającego z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.) o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 6 ust. 1 lit. c RODO i art. 9 ust. 1 lit. h RODO.
4. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe przechowywane będą przez okres 2 lat.
6. Każdemu, kogo dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści tych danych, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, ich sprostowania, uzupełnienia oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
7. Każdemu kto uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w również w formie profilowania.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich podanie jest niezbędne do udostępnienia dokumentacji medycznej, a obowiązek podania danych wynika z przepisów prawa.

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ *(wypełnia archiwista)*

- Wysłano pocztą/ mailem,
- Odebrano osobiście przez pacjenta,
- Odebrano przez osobę upoważnioną,

Naliczono opłaty w wysokości:.....

.....
Data i podpis wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji:

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację