

.....
(data i miejsce wypełnienia wniosku)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE WNIOSKODAWCY:

imię i nazwisko

.....

PESEL

.....

adres zamieszkania

.....

telefon kontaktowy/adres e-mail

.....

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA MEDYCZNA:

imię i nazwisko

.....

PESEL

.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia:

(proszę zaznaczyć X wybrany wariant)

- w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR)
 - na oddziale szpitalnym (nazwa oddziału)
 - w Przychodni Przyszpitalnej ul. Solec 99 (nazwa poradni)
-

Zakres dokumentacji medycznej objętej wnioskiem:

(proszę zaznaczyć X wybrany wariant)

- historia choroby leczenia w oddziale szpitalnym *(proszę podać oddział i zakres czasowy)*
 - historia choroby leczenia w oddziale szpitalnym *(proszę podać oddział i zakres czasowy)*
historia zdrowia i choroby leczenia w Przychodni Przyszpitalnej *(proszę podać zakres czasowy)*
-



- wyniki badań laboratoryjnych
- zdjęcia RTG
- wynik badania TK
- inne (proszę podać rodzaj dokumentacji)

Forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

(proszę zaznaczyć X wybrany wariant)

- wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem
- wgląd w siedzibie Szpitala po wcześniejszym umówieniu terminu przez pracownika Archiwum (w takim przypadku nie wykonujemy kserokopii)
- wydanie w innej formie przewidzianej przepisami prawa (proszę podać formę)

Dokumentację medyczną odbiorę w siedzibie podmiotu leczniczego:

(proszę zaznaczyć X wybrany wariant)

- osobiście
- poprzez osobę upoważnioną inną niż wskazaną w dokumentacji (proszę wypełnić dane osoby upoważnianej)
 - imię i nazwisko osoby upoważnianej
 - rodzaj i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnianej
- proszę wysłać kserokopię na adres:

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy



POUCZENIA

1. Art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849):
 - 1) *Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.*
 - 2) Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 2a i 2b.
 - 2a) W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
2. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
3. W przypadku braku osobistego składania wniosku i osobistego odbioru dokumentacji o udostępnienie (co uniemożliwia zweryfikowanie tożsamości osoby odbierającej dokumentację medyczną przez upoważnionego pracownika Szpitala) wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej wraz ze wskazaniem adresu, na który dokumentacja medyczna ma zostać wysłana listem poleconym za potwierdzeniem odbioru dla swojej ważności musi zostać zaopatrzone w notarialnie lub urzędowo poświadczony podpis wnioskodawcy.
4. Zgoda na udostępnienie dokumentacji medycznej albo jej odmowa następuje na podstawie decyzji Zarządu spółki Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.
5. Opłaty za wykonanie kopii dokumentacji medycznej pobierane są zgodnie z art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz cennikiem stanowiącym załącznik do Regulaminu Organizacyjnego. Zgodnie z art. 28 ust. 2a od osoby bliskiej wnioskującej o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta pobiera się opłatę za wykonanie kopii dokumentacji medycznej.
6. W przypadku wysłania dokumentacji medycznej pocztą wnioskodawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów wysyłki dokumentacji medycznej listem poleconym za potwierdzeniem odbioru.
7. W przypadku wysłania dokumentacji medycznej pocztą w pierwszej kolejności zostanie wystawiona faktura pro forma wysłana na adres wskazany we wniosku. Po dokonaniu wpłaty dokumentacja zostanie przesłana pocztą.

Podstawy prawne:

- 1) *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;*
- 2) *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;*
- 3) *Rozporządzenie 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 osobowych).*



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem danych osobowych jest **Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.** (dalej: „ADMINISTRATOR”), z siedzibą: ul. rtm. Witolda Pileckiego 99, 02-781 Warszawa. Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na w/w adres.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem mailowym: iod@szpitalpoludniowy.pl.
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie 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), ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w związku z realizacją obowiązków ciążących na Administratorze tj. przyjęcia i rozpatrzenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz w przypadku pozytywnego rozstrzygnięcia przekazania dokumentów wnioskodawcy - art. 6 ust. 1 lit. c RODO – dane będą przetwarzane przez 20 lat od czasu zaprzestania korzystania z usług.
5. Dane osobowe mogą pochodzić od stron trzecich, w szczególności od pacjentów.
6. Administrator nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Administrator będzie przekazywał dane osobowe innym podmiotom, tylko na podstawie przepisów prawa, lub na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w szczególności do dostawców systemów informatycznych.
8. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz o prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
9. Skargę na działania Administratora można wnieść do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych osobowych jest wymogiem do uzyskania informacji na temat danych medycznych i leczeniu.
11. Administrator nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Oświadczam, iż:

1. Pokryję koszty przesyłki pocztowej wraz z kserokopią dokumentacji medycznej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą).
2. W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 21 dni od dnia złożenia wniosku, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.
3. Zapoznałam/em się z pouczeniem dotyczącym wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania.
4. Zapoznałam/em się z obowiązkiem informacyjnym dotyczącym przetwarzania danych osobowych.

.....
data i podpis pracownika



Potwierdzenie wpływu wniosku

(wypełnia pracownik przyjmujący wniosek)

Data:

Zgoda na wgląd w dokumentację medyczną w siedzibie Szpitala

.....
data i podpis Zarządu Szpitala

Zgoda na wydanie oryginału dokumentacji medycznej

.....
data i podpis Zarządu Szpitala

Potwierdzenie wydania dokumentacji

(wypełnia pracownik)

Dokumentacja:

- Wysłana kserokopia pocztą na wskazany adres w dniu:
- Odebrana osobiście przez pacjenta,
- Odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w formie wskazanej we wniosku.

Dokumentacja medyczna została mi wydana w liczbiestron.

Oświadczam, że dokonałem opłaty za udostępnienie dokumentacji zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem w wysokości złotych.

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumenty