

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Nr ....****Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:***(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

**Wnioskuje o:**

- wydanie kopii / wyciągu / odpisu\* dokumentacji medycznej: historia choroby, badania obrazowe, badania laboratoryjne, inne\* .....
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu.

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- Nazwa oddziału/poradni/pracowni: .....
- Okres leczenia: .....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:
- imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

*\*odpowiednie podkreślić***POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru/udostępnienia do wglądu: .....

Podpis pracownika SPZOZ w Łukowie: .....

**PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI:**

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 - RODO) informuję się, że:

1. **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie, 21-400 Łuków, ul. Doktora Andrzeja Rogalińskiego 3.
2. **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**  
Numer tel. (25) 798 20 01, wew. 329, adres email: [ochronadanych@spzoz.lukow.pl](mailto:ochronadanych@spzoz.lukow.pl).
3. **Cele przetwarzania osobowych danych**

Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do prowadzenia wykazu dotyczącego udostępnionej dokumentacji medycznej.

**4. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych**

Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze, w szczególności Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

**5. Informacje o odbiorcach danych osobowych**

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

**6. Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane**

Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 25 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt SPZOZ w Łukowie.

**7. Uprawnienia z art. 15 – 21 RODO**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

**8. Prawo do wniesienia skargi**

Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

**9. Obowiązek podania danych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

**10. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.\*

\***Profilowanie** – dowolna forma zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących efektów pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

**Oświadczam, iż:**

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łukowie.
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą).

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację