

## Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Miejscowość, dnia .....

Imię i Nazwisko osoby wnioskującej .....

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

**Dyrektor**

**Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**

Proszę o wydanie *kserokopii/odpisu<sup>1</sup>/ wyciągu<sup>2</sup>* \* dokumentacji medycznej z poradni / oddziału:

.....  
zakres dokumentacji ..... za okres .....

pacjenta (Imię i Nazwisko).....

PESEL.....

lub nr dow. tożsamości ..... tel.....

zamieszkałego .....

*kserokopię/odpis/ wyciąg/ \* dokumentacji odbiorę osobiście / proszę wysłać pocztą na mój koszt\*. Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kserokopii dokumentacji, w wysokości wynikającej z pomnożenia liczby kserowanych stron i stawki .....gr / stronę(Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku) oraz do pokrycia kosztów przesyłki listem poleconym.*

*Czytelny podpis wnioskującego.....*

Potwierdzam odbiór *kserokopii/odpisu/ wyciągu dokumentacji /wyniki badań/ płyta CD\**

Nr dowodu tożsamości osoby odbierającej.....

Nr dowodu wpłaty (jeżeli dotyczy).....

.....  
*Data, Czytelny podpis osoby odbierającej*

Nie wyrażam zgody\* na wydanie kserokopii dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie:.....

.....

.....  
*Czytelny podpis osoby wydającej / Dział Prawny*

\* niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> odpis- dokument wytworzony przez przepisane tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem

zgodności co do treści z oryginałem

<sup>2</sup> wyciąg - skróty dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej

## KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTA

### ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUCHEJ BESKIDZKIEJ W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej z siedzibą przy ul. Szpitalnej 22 w Suchej Beskidzkiej, kod pocztowy: 34-200, tel.: 33 8723100, adres e-mail: sekretariat@zozsuchabeskidzka.

2. Kontakt z pracownikiem odpowiedzialnym za ochronę danych osobowych jest możliwy poprzez adres e-mailowy: masad@zozsuchabeskidzka.pl.

3. Pani/Pana dane osobowe są/będą zbierane oraz przetwarzane, zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wyłącznie w celu świadczenia usług zdrowotnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

4. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz jako wymóg ustawowy niezbędne. W przypadku niepodania danych osobowych może się okazać, że udzielenie Pani/Panu świadczeń zdrowotnych jest niemożliwe.

6. Dane osobowe będą udostępniane tylko instytucjom upoważnionym z mocy przepisów prawa oraz wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych.

7. Dane udostępnione przez Panią/Pana będą podlegały profilowaniu(\*), które nie skutkuje podejmowaniem decyzji opierających się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych osobowych wywołujących skutki prawne lub w podobny sposób na nich wpływających.

8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Dane osobowe udostępnione przez Panią/Pana będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres wyznaczony właściwym przepisem prawa: Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

(\*) Profilowanie - dowolna forma zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, która polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą klauzulą

.....  
Czytelny podpis