

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/odpisu¹/ wyciągu²* * dokumentacji medycznej z poradni / oddziału:

.....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 stawkigr / 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

1 odpis- dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem

2 wyciąg - skrótowy 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 2016 r. (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.pl
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 nie podania 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 2008 r. 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

