

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**  
(za pierwszą kopię dokumentacji medycznej Szpital nie pobiera opłat)

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Numer telefonu do kontaktu.....

Dane pacjenta , którego dokumentacja dotyczy:

**(wypełnić w przypadku, kiedy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

**WNIOSKUJĘ O :**

(właściwe podkreślić)

- wydanie oryginału dokumentacji medycznej
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji.....

(historia choroby, wyniki badania laboratoryjnego, rtg, usg, endoskopowego)

Nazwa oddziału/poradni/pracowni.....

Okres - czas leczenia/wykonania badania.....

**Wnioskowaną dokumentację:**

(właściwe podkreślić)

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej.....

Numer dowodu osobistego osoby

upoważnionej.....

.....  
(podpis wnioskodawcy)

DATA WPŁYWU WNIOSKU : Chełmno, dnia.....

PODPIS PRACOWNIKA PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK.....

Data przygotowania dokumentacji do odbioru.....Podpis pracownika .....

## POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta w dniu.....
- odebrana przez osobę upoważnioną we wniosku dnia.....

.....  
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację

## POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI

**Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.**

.....  
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

**Tożsamość osoby odbierającej potwierdzono na podstawie dokumentu:**

.....  
(rodzaj dokumentu i numer dokumentu)

.....  
Data i podpis pracownika stwierdzającego tożsamość osoby odbierającej dokumentację.

W związku z wejściem w życie Rozporządzenia Europejskiego ws Ochrony Danych Osobowych zwanym RODO uprzejmie informujemy, że Twoje dane są przetwarzane w Zespole Opieki Zdrowotnej w Chełmnie na zasadach opisanych w tym Rozporządzeniu – art.9 ust.2 lit. H RODO. Administratorem Twoich Danych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie mieszczący się przy PL. Rydygiera 1 86-200 Chełmno reprezentowany przez Dyrektora.

Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: ido@zoz.chelmno.pl

Działalność lecznicza związana jest obowiązkowym prowadzeniem dokumentacji medycznej.

Wyrażając zgodę na diagnostykę czy leczenie (ustnie bądź pisemnie) wyrażasz również zgodę na przetwarzanie Twoich danych przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie potrzebnych do realizacji tego świadczenia.

Żadna dodatkowa zgoda nie jest wymagana.

Ze względu na fakt, że (zgodnie z Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) dokumentacja przechowywana jest przez okres określony w przepisach i dlatego Twoje prawo do bycia zapomnianym może być zrealizowane dopiero po upływie okresu wskazanego w Ustawie.

Każdy pacjent ma prawo do złożenia wniosku o udostępnienie danych osobowych oraz dokumentacji medycznej. O taki wniosek należy poprosić personel.

W zakresie danych osobowych niezbędnych do udzielenia świadczenia wchodzi: imię, nazwisko, oznaczenie płci, pesel, adres, a w przypadku osób niezdolnych do wyrażenia zgody – dane opiekuna ustawowego.

Będąc poproszonym o podanie numeru telefonu i podając te dane ułatwiasz nam kontakt ze sobą i jednocześnie upoważniasz Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie do wykorzystania tych środków komunikacji w celu – jeśli będzie to konieczne :

- dowiedzenia się o stan zdrowia po zabiegu
- przypomnienie, odwołanie, przełożenie wizyty
- informowaniu o pogorszeniu stanu zdrowia

Podanie tych danych osobowych jest dobrowolne.

W każdej chwili możesz poprosić o sprostowanie lub usunięcie tych danych.

Odbiorcami Twoich danych mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa (np. ZUS, NFZ, Sąd ) lub osoby, które sam upoważnisz.

Jeśli uznasz, że działania Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie naruszają zasady ochrony danych osobowych możesz zwrócić się do Administratora Danych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Chełmnie bądź Inspektora Ochrony Danych.

Masz również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorującego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
Data i podpis osoby składającej wniosek