

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 w formie papierowej
- udostępnienie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej
- 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 WPLYWU WNIOSKU : Chełmno, dnia.....

PODPIS PRACOWNIKA PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK.....

POTWIERDZENIE WYDAŃIA 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