

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

Imię i nazwisko:

PESEL lub data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Do**DOZAMEL Sp. z o.o., ul. Fabryczna 10, 53-609-Wrocław
Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy 'DOZAMEL'
ul. Kościuszki 20, 78-100 Kołobrzeg****Ja, niżej podpisana/y, działając:**

- w imieniu własnym *
- jako przedstawiciel ustawowy*
- jako osoba upoważniona*

wnioskuję o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej PACJENTA:

Imię i nazwisko:

PESEL:

w zakresie:

- € całej dokumentacji medycznej;
- € dokumentacji medycznej dotyczącej okresu: od do
- € wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj.:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
- € Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:
.....

Wnioskuje o udostępnienie mi wskazanej powyżej dokumentacji medycznej w następującej formie¹:

- € do wglądu w placówce;
- € poprzez sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku*;
- € na informatycznym nośniku danych (np. płyta CD);
- € poprzez przesłanie na adres
listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru (zgodnie z cennikiem usług pocztowych);

** niepotrzebne skreślić

¹ Zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

☒ inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

Oświadczam, że:

- w związku z moim **żądaniem po raz pierwszy udostępnienia dokumentacji medycznej** w zakresie oraz formie określonych powyżej przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie².
- w związku z **moim kolejnym żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej** w zakresie oraz formie określonych powyżej lub w przypadkach udostępniania dokumentacji medycznej określonych w art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zobowiązuję się do wniesienia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w wysokości określonej w art. 28 ust. 4 ww. ustawy, w tym również w przypadku zleconej do kopiowania a nieodebranej dokumentacji medycznej.
- w przypadku wybrania przeze mnie formy udostępnienia „przesłanie listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru” zobowiązują się do pokrycia kosztów tej przesyłki zgodnie z cennikiem usług pocztowych.

Administratorem danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu jest DOZAMEL Sp. z o.o., ul. Fabryczna 10, 53-609 Wrocław, tel. 71 35 65 701, email: sekretariat@dozamel.pl. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych można kontaktować się inspektorem ochrony danych (IOD) za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres email: iod@dozamel.pl lub pisemnie na adres pocztowy administratora z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”.

Podanie danych osobowych w niniejszym formularzu jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do udostępnienia dokumentacji medycznej. Dane osobowe będą przetwarzane w celu weryfikacji tożsamości Pacjenta lub osoby przez niego upoważnionej podczas udzielania informacji lub udostępniania dokumentacji medycznej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w związku z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych, uzyskania ich kopii, sprostowania (poprawiania) danych, ograniczenia przetwarzania danych.

Nie przysługuje Pani/Panu prawo do ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu, przenoszenia i usunięcia danych z uwagi, że wniosek zgodnie z prawem stanowi element dokumentacji medycznej.

Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy Pani/Pan uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa krajowego, w tym RODO, w zakresie przetwarzania danych osobowych.

Pełna treść klauzuli informacyjnej dla Pacjenta o przetwarzaniu danych osobowych jest dostępna w recepcji Ośrodka oraz pod adresem www.ow.kolobrzeg.pl w zakładce: Regulaminy. Jeżeli życzy sobie Pani/Pan otrzymać pełną treść klauzuli informacyjnej w formie wydruku lub wiadomości email, prosimy o kontakt z recepcją Ośrodka.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPLYWU WNIOSKU

Data wpływu:

Uzgodniony termin odbioru* / wysyłki* / udostępnienia do wglądu*:

Do wniosku dołączono upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Podpis pracownika:

² Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

DECYZJA O UDOSTĘPNIENIU DOKUMENTACJI

.....
data i czytelny podpis upoważnionego pracownika

UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI

Dokumentacja została:

- ☒ odebrana osobiście przez pacjenta;
- ☒ wysłana listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na wskazany adres w dniu:
.....;
- ☒ odebrana osobiście przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej;
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie dokumentu tożsamości:

.....

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację