

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ\*****Dane wnioskodawcy:****NR DP-513-** .....

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Dowód osobisty, Paszport, inne ..... (właściwie zaznaczyć) Kontakt.....  
(nr telefonu, e-mail)**Dane osoby, której dotyczy dokumentacja:**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL.....

**Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia**

**w Poradni:** .....  dokumentacja od.....do.....  
 .....  dokumentacja od.....do.....  
 .....  dokumentacja od.....do.....

**na Oddziale:** ..... Nr Ks. Oddz.: .....  
 w okresie od ..... do .....  
 na Oddziale: ..... Nr Ks. Oddz.: .....  
 w okresie od ..... do .....  
 na Oddziale: ..... Nr Ks. Oddz.: .....  
 w okresie od ..... do .....

**Zakres dokumentacji:**

Całość dokumentacji  Karta informacyjna  Wyniki badań z dnia .....  
 Zaświadczenie do rezonansu magnetycznego  Inne .....

**Forma udostępnienia dokumentacji medycznej:**

kopia  wydruk  wyciąg  odpis  do wglądu  sporządzenie notatek  zdjęć  
 płytki CD .....  klisza – RTG  z dn.....

**Sposób odbioru dokumentacji:** Osobisty  Wysyłka 

Adres do korespondencji: .....

1. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej przez sporządzenie jej kopii, odpisu, wyciągu, wydruku lub zapisu na informatycznym nośniku danych \*\*
2. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.
3. Osobie wskazanej przez pacjenta udostępni się dokumentację medyczną, na podstawie upoważnienia.

.....  
Data / Godz. \*\*\*.....  
Podpis wnioskodawcy\* **Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy**\*\* Opłata nie jest pobierana w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu, pełnomocnikowi **po raz pierwszy w żądanym zakresie.**

\*\*\* W przypadku wglądu do dokumentacji medycznej, w tym także do baz danych oraz sporządzenia notatek lub zdjęć

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta: .....

adres .....

Pesel .....

Ja niżej podpisana/y upoważniam Panią/Pana .....

legitymującej/go się dowodem osobistym, paszportem, inne.....

(właściwe zaznaczyć) do odbioru dokumentacji medycznej.

.....  
( Data i czytelny podpis pacjenta )

### INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ WNIOSKU O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (dla Pacjenta, osoby upoważnionej przez Pacjenta, przedstawiciela ustawowego Pacjenta, osoby bliskiej dla zmarłego Pacjenta)

Poniżej przedstawiamy informacje zgodnie z art. 13 i art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej „RODO”):

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie, ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków (zwany dalej „Szpitalem”), nr tel. 12 416 22 66
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych należy się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej [iod@narutowicz.krakow.pl](mailto:iod@narutowicz.krakow.pl) lub korespondencyjnie na adres wskazany powyżej w pkt 1.
3. Szpital będzie przetwarzał dane osobowe przez okres 20, 22 lub 30 lat liczonych od daty sporządzenia ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej stosownie do okresów przechowywania dokumentacji, która była przedmiotem wniosku, określonych w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Zakres danych przetwarzanych w związku z realizacją wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej określa art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zakres ten może obejmować również dane zawarte we wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej i upoważnieniu do odbioru dokumentacji medycznej m.in. dane pozwalające na jednoznaczne ustalenie tożsamości: osoby wnioskującej; pacjenta, którego wniosek dotyczy oraz osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej (także dane kontaktowe wnioskodawcy, w tym nr telefonu i/lub adres poczty elektronicznej oraz nr konta bankowego -w przypadku realizacji przelewu opłaty ustalonej przez Szpital za udostępnienie dokumentacji medycznej na podstawie cytowanej wyżej ustawy.
5. Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, sprostowania danych nieprawidłowych, uzupełniania danych, usunięcia niektórych danych oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Dane osobowe wymagane do skutecznego złożenia wniosku są wymogiem ustawowym i są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (obowiązek prowadzenia przez Szpital wykazu dotyczącego udostępnianej dokumentacji medycznej). Niepodanie danych osobowych skutkować będzie brakiem możliwości złożenia i realizacji przez Szpital wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
7. Dane osobowe mogą być udostępniane uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa oraz firmom utrzymującym i serwisującym systemy teleinformatyczne Szpitala.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Potwierdzam upoważnienie wnioskodawcy do udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zgodność podanych danych osobowych z dokumentem tożsamości

Udostępnienie po raz pierwszy (pacjent, przedstawiciel ustawowy)  Udostępnienie kolejne

Zweryfikowano dane osoby odbierającej dokumentację medyczną:

Pacjent  Osoba upoważniona  Dowód osobisty, paszport, inne .....(właściwe zaznaczyć)

.....  
Data i podpis osoby udostępniającej dokumentację

.....  
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację