

**WNIOSKOWDAWCA**

Warszawa, dnia.....

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

E-mail: .....

Numer tel.: .....

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Warszawa Wola – Śródmieście,  
ul. Ciołka 11, 01-445 Warszawa

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****1. DANE PACJENTA**

Imię i Nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu: .....

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 poz. 186).

**2. RODZAJ I ZAKRES DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (należy wpisać zakres dokumentacji, za jaki okres i z jakiej Przychodni/Poradni)**

.....  
.....

**3. FORMA UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (zaznaczyć właściwe)** kserokopia w innej formie .....

*Formy udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta.*

*Bezpłatne udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczy tylko dokumentów udostępnianych Pacjentowi po raz pierwszy.*

*W sytuacji, gdy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczy dokumentów, o które pacjent wcześniej wnioskował i otrzymał bezpłatnie SPZOZ Warszawa Wola – Śródmieście pobiera opłatę.*

*Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala się w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta.*

**4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Odbiorę osobiście/przez osobę upoważnioną\* ( w Przychodni przy ul. ....)

*Przed odbiorem dokumentacji należy okazać potwierdzenie zapłaty za udostępnienie dokumentacji (jeśli dotyczy), dokonanej w Biurze Obsługi Pacjenta lub na rachunek bankowy SPZOZ Warszawa Wola – Śródmieście.*

**5. POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem

.....

Data i czytelny podpis (pełne imię i nazwisko)

\*niepotrzebne proszę skreślić

**WYPEŁNIA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
WARSZAWA WOLA – ŚRÓDMIEŚCIE**

**6. POTWIERDZENIE GOTOWOŚCI WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Potwierdzam kompletność i prawidłowość przygotowania dokumentacji medycznej

.....

Data i czytelny podpis kierownika przychodni lub osoby upoważnionej (pełne imię i nazwisko)

**7. POTWIERDZENIE DOKONANIA OPŁATY, jeżeli dokumentacja udostępniana jest odpłatnie.  
(zaznaczyć właściwe i dołączyć do wniosku)**

dowód KP

potwierdzenie wpłaty na rachunek bankowy

UWAGA!. Bez względu na formę zapłaty, pracownik zobowiązany jest do wystawienia i przekazania pacjentowi paragonu fiskalnego.

**8. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Dokumentację medyczną wydał/a

.....

Data i podpis osoby wydającej

**KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO RODO**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola – Śródmieście z siedzibą w Warszawie (01-445), ul. Ciołka 11;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@zozwola.pl](mailto:iod@zozwola.pl);
- 2) administrator będzie przetwarzał dane osobowe osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej.

Dokładna podstawa prawna:

- a) dane zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta - administrator przetwarza na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- b) dane zebrane celem realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej - administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 RODO oraz art. 26 ust. 1 - 2b) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 3) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);
- 4) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;

- 5) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
- 6) dane osobowe osób ubiegających się o udostępnienie dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej, której dotyczył wniosek o udostępnienie, z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie;
- 7) przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo przysługuje Pani/Panu prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do identyfikacji osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych skutkować będzie odmową przyjęcia wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej.