



Wniosek o udostępnienie
indywidualnej dokumentacji
medycznej (Szpital, archiwum)

Obowiązuje od: 27.01.2021

Wersja 15

DZIAŁ STATYSTYKI I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DATA WYPEŁNIENIA WNIOSKU

I. DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon adres e-mail	
Wnioskodawca jest (właściwie zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> Pacjentem
	<input type="checkbox"/> Osobą upoważnioną przez Pacjenta
	<input type="checkbox"/> Przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym

II. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko	
PESEL lub data urodzenia	

III. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W FORMIE (właściwie zaznaczyć)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sporządzenie kserokopii | <input type="checkbox"/> do wglądu w siedzibie Szpitala Bielańskiego |
| <input type="checkbox"/> sporządzenie odpisu | <input type="checkbox"/> sporządzenie skanu na nośniku danych |
| <input type="checkbox"/> sporządzenie wyciągu | |

A. SZPITAL

ODDZIAŁ	
TERMIN POBYTU	
NR. KS. GŁÓWNEJ	
NR. KS. ODDZIAŁOWEJ	

B. ZAKŁADY I PORADNIE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji | <input type="checkbox"/> Zespół Leczenia Środowiskowego |
| <input type="checkbox"/> Zakład Izotopów i Tyreologii | <input type="checkbox"/> Poradnia Zdrowia Psychicznego |
| <input type="checkbox"/> Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna | <input type="checkbox"/> Oddział Dzienny Psyciatryczny Rehabilitacyjny |
| | <input type="checkbox"/> Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego |

ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Karta Informacyjna | <input type="checkbox"/> Wyniki badań (proszę podać jakie) |
| <input type="checkbox"/> Protokół operacyjny | <input type="checkbox"/> Inne (proszę podać jakie) |
| <input type="checkbox"/> Wynik histopatologiczny | |
| <input type="checkbox"/> Kompletna historia choroby | |

IV. PORADNIA SPECJALISTYCZNA (TYLKO DOKUMENTACJA ARCHIWALNA)

NAZWA PORADNI	
NUMER KARTY/DATA OSTATNIEJ WIZYTY	

V. WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ (właściwie zaznaczyć):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ODBIORĘ OSOBIŚCIE | <input type="checkbox"/> ODBIERZE OSOBA UPOWAŻNIONA (imię i nazwisko): |
|--|--|



Wniosek o udostępnienie
indywidualnej dokumentacji
medycznej (Szpital, archiwum)

Obowiązuje od: 27.01.2021

Wersja 15

PROSZĘ O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI:

Szanując Twoją prywatność oraz dbając o to, abyś wiedział kto i w jaki sposób przetwarza Twoje dane osobowe, poniżej przedstawiam informacje, które pomogą Ci to ustalić. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO, informuję, iż:

1. Administratorem jest Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie (01-809), ul. Ceglowska 80.

2. Dane kontaktowe Inspektor Ochrony Danych:

W Szpitalu Bielańskim im. Ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie (01-809), ul. Ceglowska 80 został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, dane kontaktowe: nr telefonu: 22 56-90-432, adres poczty elektronicznej: iod@bielanski.med.pl.

3. Cele przetwarzania danych osobowych:

Dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej.

4. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:

Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (podstawa prawna z art. 6 ust. 1 lit. c RODO) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wydane na jej podstawie akty wykonawcze, w szczególności rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

5. Informacje o odbiorcach danych osobowych:

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są przedstawiciel ustawy pacjenta lub osoba upoważniona przez pacjenta, szkoła wyższa lub instytut badawczy do wykorzystania w celach naukowych.

6. Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:

Dane osobowe wnioskodawców o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 5 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Szpitala Bielańskiego.

7. Uprawnienia z art. 15-21 RODO:

Przysługują Pani/Panu prawa do żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.

8. Prawo do wniesienia skargi:

Ma Pani/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.

9. Obowiązek podania danych

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania niniejszych danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

10. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

Oświadczam, że pokryję w całości koszt przygotowania wnioskowanej dokumentacji medycznej.

(Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest na mocy uprawnień nadanych podmiotom leczniczym w art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

PODPIS WNIOSKODAWCY

DATA

VI. POTWIERDZENIE ODBIORU

PIERWSZA KOPIA (bez opłat)

NALICZONO OPŁATĘ W WYSOKOŚCI.....

DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ UDOSTĘPNIONO DO WGLĄDU (wykonano.....zdjęć)

CZYTELNY PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ

DATA ODBIORU DOKUMENTACJI

DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ UDOSTĘPNIONO PO POTWIERDZENIU TOŻSAMOŚCI

DANE IDENTYFIKACYJNE I PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ
DOKUMENTACJĘ (IMIĘ, NAZWISKO ORAZ STANOWISKO)