

	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej z poradni specjalistycznej	Obowiązuje od 25.01.2021
		Wersja 14
SEKCJA REJESTRACJI PRZYCHODNI PRZYSZPITALNEJ		DATA WYPEŁNIENIA WNIOSKU
Stempel z datownikiem		podpis pracownika przyjmującego wniosek

I. DANE WNIOSKODAWCY	
IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES	
TEL KONTAKTOWY	

II. DANE PACJENTA	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL LUB DATA URODZENIA	

III. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W FORMIE (właściwe zaznaczyć)							
<input type="checkbox"/>	kserokopii	<input type="checkbox"/>	wyciągu	<input type="checkbox"/>	odpisu	<input type="checkbox"/>	do wglądu
dotyczącej:							
<input type="checkbox"/>	wnioskodawcy;						
<input type="checkbox"/>	osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym						
<input type="checkbox"/>	osoby, która upoważniła mnie do udostępnienia dokumentacji medycznej						

PORADNIA SPECJALISTYCZNA	
Nazwa poradni	
Data ostatniej wizyty	
Zakres wnioskowanej dokumentacji (właściwe zaznaczyć)	

<input type="checkbox"/>	kompletna historia choroby	<input type="checkbox"/>	lub opis wizyty z dnia
<input type="checkbox"/>	wyniki badań laboratoryjnych	<input type="checkbox"/>	z dnia
<input type="checkbox"/>	wynik histopatologiczny	<input type="checkbox"/>	z dnia
<input type="checkbox"/>	wynik badania RTG	<input type="checkbox"/>	z dnia
<input type="checkbox"/>	wynik badania USG	<input type="checkbox"/>	z dnia
<input type="checkbox"/>	inne (wymienić)	<input type="checkbox"/>	

IV. WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ (właściwe zaznaczyć):			
<input type="checkbox"/>	odbiorę osobiście	<input type="checkbox"/>	odbierze osoba upoważniona (imię i nazwisko)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej z poradni specjalistycznej

Obowiązuje od 04.05.2019

Wersja 14

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 Samodzielnym Publicznym Zakładzie 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 ustawowy 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 Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, 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.

V. OŚWIADCZAM, ŻE POKRYJĘ W CAŁOŚCI KOSZT PRZYGOTOWANIA WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PODPIS WNIOSKODAWCY	DATA

POTWIERDZENIE ODBIORU

PIERWSZA KOPIA (bez opłat)
NALICZONO OPŁATY W WYSOKOŚCI.....
DOKUMENTACJĘ UDOSTĘPNIONO DO WGLĄDU

PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ	DATA
DOKUMENTACJĘ UDOSTĘPNIONO PO POTWIERDZENIU TOŻSAMOŚCI ODBIERAJĄCEGO	
DANE IDENTYFIKACYJNE I PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ (IMIĘ, NAZWISKO ORAZ STANOWISKO)	