

**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. DANE WNIOSKOSAWCY:

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego

.....

Adres zamieszkania/siedziby

Nr PESEL/NIP .....

Numer telefonu .....

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta
- podmiot uprawniony

3. Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta

Imię i Nazwisko .....Adres zamieszkania.....

Nr PESEL .....

4. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (proszę podać nazwę oddziału/poradni/komórki organizacyjnej oraz okres leczenia)

.....w okresie .....

5. Udostępnienie dokumentacji obejmuje (proszę podać: np. historia choroby, historia zdrowia i choroby — karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań- podać jakich, inne)

.....

6. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie kserokopii, wydruku
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu
- wydanie nośnika danych z zapisaną dokumentacją medyczną
- dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt.1, za pobraniem (obejmującym koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki wg Stawek Poczty Polskiej).

## 6. INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (dalej: RODO) informujemy, Państwa iż :

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Sanatoria Dolnośląskie sp. z o. o., ul. Parkowa 3, 58-351 Sokolowsko.
2. Dane osobowe są zbierane w celu realizacja zgody oraz ustalenie i weryfikacja tożsamości w ramach procesu udostępniania dokumentacji medycznej oraz w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej.
3. Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
3. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa.

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej,
2. Oświadczam, że poinformowano mnie, iż zgodnie z art. 15 ust. 3 RODO, nieodpłatnemu udostępnieniu podlega pierwsza kopia dokumentacji medycznej, oraz że Spółka może pobierać opłatę od kolejnych kopii oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej w Spółce Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o. oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

Podpis Pacjenta/Wnioskodawcy