



## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca:  
Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania:  
.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania  
.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu):  
.....

4. Do jakich celów udostępniana jest dokumentacja medyczna: .....

5. Rodzaj dokumentacji medycznej (zaznaczyć "X" we właściwej rubryce):

Historia choroby     Karta Informacyjna     Płyta z badaniem TK  
 Płyta z badaniem MR     Płyta z badaniem RTG     Płyta z badaniem USG

inne: .....

6. Wnioskuję (zaznaczyć "X" we właściwej rubryce):

o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5

o wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem

7. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5

zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

8. Dokumentację wymienioną w pkt. 5:

odbiorę osobiście

proszę przesłać na adres określony w pkt. 1

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

### KLAUZULA INFORMACYJNA

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

1) administratorem danych osobowych Pacjentów jest Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, adres: ul. W. H. Lindley'a 4, 02-005 Warszawa;

- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [szpital@dzieciatkajezus.pl](mailto:szpital@dzieciatkajezus.pl);
  - 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
  - 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
  - 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
  - 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
- Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:
- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
  - 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
  - 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej;
  - 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

**Data wpłynięcia wniosku:**

1. Stempel z datownikiem

.....

2. Podpis osoby odbierającej wniosek

.....

**Wydano:**

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

..... nr.....

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

Wystawiono paragon nr ..... z dnia .....

.....

(data wydania dokumentu)

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....

(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

**Wysłano listem poleconym:**

Nr nadawczy ..... dnia .....

.....

(czytelny podpis pracownika wysyłającego dokumentację)