 …………………………………, dn. ……………………

*(miejscowość, data)*

**I Dane osoby składającej wniosek**

1.Imię (imiona) i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2.Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania\*)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**II Osoba zgłaszająca wniosek jest: *(proszę zaznaczyć właściwe)***

|  |  |
| --- | --- |
| * Pacjentem | * Przedstawicielem ustawowym pacjenta |
| * Osobą upoważnioną przez pacjenta | * Osobą bliską dla zmarłego pacjenta\*\* |

**III Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek**

|  |
| --- |
| 1.Imię (imiona) i nazwisko …………………………………………………………………………………………………………………………  2.numer PESEL ………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**IV Zakres wnioskowanej dokumentacji**

1.Dotyczy leczenia we wskazanych poradniach/oddziałach/pracowniach Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. Dotyczy *(proszę zaznaczyć właściwe):*

* Dokumentacji z leczenia w okresie …………………………………………………………………………………………………………………………..
* Wskazanych rodzajów dokumentów ………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* Całości dokumentacji medycznej

**V Sposób udostępnienia dokumentacji** *(proszę zaznaczyć właściwe):*

|  |  |
| --- | --- |
| * do wglądu w siedzibie Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o. | * poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres e-mail:   .………………………………………………………………….…………….. |
| * poprzez sporządzenie kserokopii | * poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych |
| * poprzez sporządzenie odpisu | * poprzez wypożyczenie oryginału\*\*\* |
| * poprzez sporządzenie wyciągu |  |
| Proszę o poświadczenie za zgodność z oryginałem |  |

**VI Sposób odbioru dokumentacji** *(proszę zaznaczyć właściwe)*

* odbiorę osobiście
* odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie upoważniona tj. ……………………………………………………………………………
* proszę o przesłanie listem poleconym na podany w pkt I adres
* proszę o zaszyfrowanie i przesłanie na wskazany w pkt V adres e-mail

\* pozycja nieobowiązkowa – jednak niepodanie może utrudnić kontakt, uniemożliwić przesłanie listownie lub elektronicznie

\*\*osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta  
\*\*\* Szpital udostępnia oryginał dokumentacji medycznej: a) podmiotom uprawnionym, b) w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu  
dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, c) w przypadku wniosku o udostępnienie zdjęcia  
rentgenowskiego wykonanego na kliszy

………………………………..……… ……………………………………………..…

*(data i podpis Przyjmującego wniosek) (data i czytelny podpis Składającego wniosek)*

**VII Adnotacje pracownika Szpitala dotyczące udostępniania dokumentacji**

1. **Odmowa udostępnienia** *(proszę zaznaczyć w przypadku odmowy udostępnienia)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(uzasadnienie odmowy)*

1. **Udostępnienie***(proszę zaznaczyć właściwe)*

* Wydanie dokumentacji medycznej
* Udostępnienie dokumentacji do wglądu

……………………………………………………………………………………………………………………………………

*(data i czytelny podpis pracownika wydającego/udostępniającego dokumentację)*

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………  *(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)* |

**VIII Udostępnienie oryginału dokumentacji**

**1.Potwierdzenie wypożyczenia i zwrotu oryginału dokumentacji:**

|  |
| --- |
| **Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do jej zwrotu po wykorzystaniu**  …………………………………………..…………………………………………………………………..  *(data i czytelny podpis osoby, której wypożyczono oryginał dokumentacji)* |
| **Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji:**  …………………………………………..…………………………………………………………………..  *(data i czytelny podpis pracownika przyjmującego dokumentację)* |

**2. Inne adnotacje:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Klauzula informacyjna**  
dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej  
1. Administratorem Danych Osobowych jest Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o., ul. Waryńskiego 2, 43-190 Mikołów,  
tel. 32 3257 635, reprezentowany przez Prezesa Zarządu.  
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych należy się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty  
elektronicznej [iod@szpital-mikolow.com.pl](mailto:iod@szpital-mikolow.com.pl), tel. 32 3257 552.  
3. Administrator Danych Osobowych będzie przetwarzał dane osobowe przez okres 20, 22 lub 30 lat liczonych od daty sporządzenia  
ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej stosownie do okresów przechowywania dokumentacji, która była przedmiotem  
wniosku, określonych w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.  
4. Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych,  
ich sprostowania, usunięcia niektórych danych oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.  
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego  
złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw  
Pacjenta oraz art. 6.1. a) Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych.  
6. Dane osobowe mogą być udostępniane uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa.  
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez wyraźnej zgody i nie będą przetwarzane w sposób  
zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.  
8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.  
9. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w CZM w Mikołowie znajdują się na stronie  
internetowej [www.szpital-mikolow.com.pl](http://www.szpital-mikolow.com.pl) w zakładce RODO – Dla pacjenta.