

|                                                                                   |                                                        |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>SPZZOZ<br/>SZPITAL W IŁŻY</b></p> | <p align="center"><b>WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE<br/>DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia/PESEL:.....

Adres:.....

Telefon kontaktowy:..... Adres e-mail:.....

**Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja\***

\* wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca jest inną osobą niż pacjent

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia/PESEL:.....

Adres:.....

**Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie\*\*:**

\*\* zaznaczyć właściwe

- ☐ kopii/ ☐ kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem  
☐ informatycznego nośnika danych  
☐ wyciągu/ ☐ odpisu/ ☐ wydania oryginału  
☐ udostępnienia dokumentacji do wglądu

**Rodzaj dokumentacji medycznej:**

Nazwa oddziału/poradni/zakładu/pracowni:.....

.....

.....

Okres leczenia.....

**Odbiór dokumentacji:**

- ☐ odbiór osobisty  
☐ odbiór przez osobę upoważnioną .....  
☐ w formie papierowej na wskazany adres j.w./(wpisać adres jeśli jest inny)  
 .....  
☐ za pośrednictwem poczty elektronicznej na wskazany adres e-mail j.w.

Oświadczam, iż: zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital w Iłży.

.....  
data i podpis wnioskodawcy

**Potwierdzenie odbioru:**

.....  
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

**Dokumentację udostępnił/a:**

.....  
Data i podpis osoby udostępniającej dokumentację

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

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 - RODO) informuję się, że:

**1. Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital w Łży, 27-100 Łża, ul. Bodzentyńska 17.

**2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:**

numer tel. 693 490 877, adres email: iod.mateusz.szczypior@gmail.com

**3. Cele przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do prowadzenia wykazu dotyczącego udostępnionej dokumentacji medycznej.

**4. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych**

Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze.

**5. Informacje o odbiorcach danych osobowych**

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

**6. Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane**

Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 2 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt SPZZOZ Szpital w Łży.

**7. Prawa wynikające z RODO**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

**8. Obowiązek podania danych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

**9. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.\*

\*Profilowanie – dowolna forma zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących efektów pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

|                                                                                             |                                  |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <br>SPZZOZ | <b>SPZZOZ<br/>SZPITAL W IŁŻY</b> | <b>UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU<br/>DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

Adres:.....

Pesel:.....

Ja niżej podpisana/y legitymująca/y się dowodem osobistym  
Seria ..... Nr ..... upoważniam Pana/Panią  
..... legitymującego się dowodem  
osobistym Seria ..... Nr ..... do odbioru  
dokumentacji medycznej.

.....

( Data i czytelny podpis pacjenta )

