WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ[1]

..... , dn. .....
Miejscowość

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Telefon kontaktowy

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej Pacjenta

Imię (imiona)i nazwisko:..... .PESEL .....

sporządzonej w okresie ..... w oddziale*/ poradni*/ pracowni*/ zakładzie*:

.....

w zakresie:

- ☐ całość dokumentacji
- ☐ karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- ☐ karta z leczenia ambulatoryjnego
- ☐ wynik badania diagnostycznego
- ☐ inne: .....

.....

w formie:

- ☐ wglądu z możliwością sporządzania notatek i zdjęć
- ☐ wyciągu
- ☐ odpisu
- ☐ kserokopii lub wydruku
- ☐ elektronicznej
- ☐ elektronicznej na nośniku danych.

Dokumentację medyczną:

☐ odbiorę osobiście

☐ proszę przesłać na adres: .....

☐ upoważniam do odbioru: .....
imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości

Oświadczam, że jestem (*wypełnia wnioskodawca nie będący Pacjentem*):

- ☐ przedstawicielem ustawowym Pacjenta
- ☐ osobą upoważnioną przez Pacjenta
- ☐ osobą bliską dla zmarłego Pacjenta w rozumieniu w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Mam świadomość, że opłata nie jest pobierana w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie.

Oświadczam, że w przypadkach i zakresie nie uprawniających do zwolnienia z opłaty pokryję koszt udostępnienia dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem stanowiącym załącznik do Regulaminu Organizacyjnego Specjalistycznego Centrum Medycznego im. św. Jana Pawła II S.A. w Polanicy-Zdroju ustalony stosownie do zapisów art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

.....
Czytelny podpis osoby składającej wniosek
lub pracownika przyjmującego wniosek ustny

[1] Informacja o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na drugiej stronie wniosku.

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II spółka akcyjna z siedzibą w Polanicy-Zdroju przy ul. Jana Pawła II 2, 57-320 Polanica-Zdrój (dalej Spółka). Spółka przetwarzać będzie Pani/Pana dane w celu rozpatrzenia i realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz wypełnienia obowiązków, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podanie danych jest wymogiem ustawowym oraz wynika z uzasadnionego interesu Spółki, którym jest zapewnienie, że dokumentacja medyczna jest przekazywana wyłącznie osobom do tego uprawnionym. Są one niezbędne do prawidłowej obsługi wniosku a ich niepodanie może skutkować odmową. Dane będą przechowywane przez taki sam okres jak - zgodnie z wymogiem ustawowym - przechowywana będzie dokumentacja medyczna, której wniosek dotyczy.
Szczegółowe informacje w zakresie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Spółkę – w tym praw, które Pani/Panu przysługują - znajdzie Pani/Pan na stronie internetowej www.scm.pl w zakładce RODO a także na tablicach informacyjnych w siedzibie Spółki.
W przypadku jakichkolwiek pytań w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych może się Pani/Pan skontaktować z administratorem danych pod podanym powyżej adresem siedziby. Może Pani/Pan również skontaktować się z wyznaczonym w Spółce inspektorem ochrony danych pod adresem siedziby Spółki lub pod adresem e-mail: daneosobowe@scm.pl.

Realizacja[2]

☐ Zweryfikowano: ☐ Pacjenta ☐ Wnioskodawcę ☐ Osobę upoważnioną

☐ Odmowa: przyczyna: .....
.....
Wysłano pisemną informację o odmowie udostępnienia dnia .....

☐ Sporządzono:
- ☐ kserokopię/wydruk dokumentacji medycznej: liczba stron .....
- ☐ odpis/wyciąg dokumentacji medycznej: liczba stron .....
- ☐ elektroniczny nośnik danych: liczba sztuk .....
- ☐ koszt wg Cennika: .....

☐ Wysłano dokumentację dnia .....

☐ Wydano dokumentację po ustaleniu tożsamości osoby uzyskującej dostęp do dokumentacji

Uwagi: .....
.....
.....

.....
Data i czytelny podpis pracownika SCM S.A.

Potwierdzam

☐ udostępnienie dokumentacji do wglądu z możliwością sporządzania przeze mnie notatek i zdjęć

☐ odbiór dokumentacji

.....
Data i czytelny podpis osoby uprawnionej do dostępu do dokumentów

[2] właściwe zakreślić