

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej
Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej
(Pacjent wypełnia białe pola)

Data					Miejscowość	Tarnów	
Dane osoby zgłaszającej wniosek							
Nazwisko i imię							
Adres							
Data urodzenia		Pesel		Płeć	Kobieta	Mężczyzna	
Telefon				Adres e-mail			
Osoba zgłaszająca wniosek jest * ☐ pacjentem, którego dokumentacja dotyczy ☐ przedstawicielem ustawowym Pacjenta (Jako przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta oświadczam, że dysponuję pełną, nieograniczoną władzą rodzicielską nad małoletnim pacjentem) ☐ osobą upoważnioną przez Pacjenta w dokumentacji medycznej ☐ osobą upoważnioną przez Pacjenta (odrębne upoważnienie, stanowiące załącznik do niniejszego wniosku)							
Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)							
Nazwisko i imię							
Pesel		Adres					
Dokumentacja dotyczy * ☐ badania analityczne/ cytologia ☐ badania histopatologiczne ☐ poradnia ☐ chirurgia jednego dnia leczenia szpitalne							
☐ leczenia w okresie ☐ całej dokumentacji ☐ wskazanych rodzajów dokumentów							
Sposób udostępnienia dokumentacji * ☐ do wglądu w Euromed Sp. z o.o. ☐ wydanie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem ☐ wydanie wydruku ☐ wydanie dokumentacji na informatycznym nośniku danych ☐ poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres							
Sposób odbioru dokumentacji * ☐ odbioru osobiście ☐ odbierze osoba pisemnie przeze mnie upoważniona ☐ proszę o przesłanie listem poleconym na podany adres ☐ proszę o przesłanie drogą elektroniczną <i>*Wybierając sposób odbioru dokumentacji drogą elektroniczną, wyrażam zgodę na otrzymanie moich chronionych informacji medycznych pocztą elektroniczną. Jednocześnie oświadczam, że jestem w pełni świadomy zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną.</i>							
Tarnów							
Data i miejscowość	Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek			Czytelny podpis osoby składającej wniosek			
Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej 1. Administratorem Danych Osobowych jest Euromed Sp. z o.o. w Tarnowie, ul. Szewska 12, tel. 515 058 703, reprezentowany przez Prezesa. NIP: 873-325-63-14 REGON: 362975570 2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych należy się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej iod@euromed.tarnow.pl , tel. 515 058 703. 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. 6. Dane osobowe mogą być udostępniane uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa. Dane osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez wyraźnej zgody i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. 9. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w Euromed Sp. z o.o. w Tarnowie znajdują się na stronie internetowej www.euromed.tarnow.pl w zakładce O nas – RODO.							
Tarnów							
Data i miejscowość	Seria i nr dowodu osobistego osoby odbierającej dokumentację			czytelny podpis pacjenta/ osoby upoważnionej Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej			
Czytelny podpis osoby wydającej wniosek							

(* proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)

Pouczenie

1. Pacjent nie może żądać udostępnienia oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów.
2. Udostępnienie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
3. Dokumentacja medyczna wydawana jest niezwłocznie, nie później niż w terminie do 14 dni roboczych, licząc od daty złożenia wniosku.

Dane osoby upoważniającej

Nazwisko i Imię	
Pesel	
Telefon	

**UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

Ja, niżej podpisana/y działając na podstawie art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w związku ze złożonym przeze mnie wnioskiem o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej dnia * niniejszym upoważniam do odbioru udostępnionej dokumentacji medycznej (*data złożenia wniosku)

Dane osoby upoważnionej

Nazwisko i imię			
Pesel		Seria i nr dowodu osobistego	

Data i podpis osoby upoważniającej