

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane identyfikujące tożsamości **WNIOSKODAWCY**: (proszę wypełnić czytelnie)

Imię (imiona) wnioskodawcy / Nazwa podmiotu wnioskującego	
Adres zamieszkania wnioskodawcy / Adres siedziby podmiotu wnioskującego	
PESEL wnioskodawcy	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Numer telefonu kontaktowego wnioskodawcy	

Status wnioskodawcy: (proszę określić kto występuje z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej)

Pacjent	Osoba upoważniona przez Pacjenta / przez przedstawiciela ustawowego	Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Osoba bliska	Podmiot wskazany w art. 26 ust. 3 / 3a / 4 Ustawy ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proszę określić podstawę prawną działania:

(1) Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

a. w formie:

1. do wglądu	2. kopii	3. odpisu	4. wyciągu	5. wydruku	6. na informatycznym nośniku danych	7. oryginału z obowiązkiem zwrotu ²	8. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. w zakresie: dokumentacja medyczna z

.....

(proszę określić nazwę komórki organizacyjnej / albo wskazać rodzaj dokumentacji wnioskowanej)

c. za okres:

.....

(oddo..... / data udzielenia świadczenia)

(2) Dane identyfikujące tożsamości **PACJENTA**, którego dokumentacja medyczna dotyczy

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta / w przypadku noworodka PESEL matki.	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Nr telefonu Pacjenta	

¹ Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

² Art. 27 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dokumentacja medyczna jest udostępniana przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;

(3) Sposób odbioru dokumentacji, w przypadku jej wydawania: (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

ODBIERAJĄCY: Pacjent którego dokumentacja dotyczy	Odbiór osobisty w CM ARNICA	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Pacjent którego dokumentacja dotyczy	Wysyłka na adres zamieszkania Pacjenta	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej	Odbiór osobisty w CM ARNICA	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej	Wysyłka na adres zamieszkania osoby upoważnionej	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Odbiór osobisty w CM ARNICA	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Wysyłka na adres zamieszkania osoby przedstawiciela ustawowego Pacjenta	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona / upoważnienie do odbioru dokumentacji w załączeniu do wniosku / potwierdzam iż upoważnienie zostało udzielone	Odbiór osobisty w CM ARNICA	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona / upoważnienie do odbioru dokumentacji w załączeniu do wniosku / potwierdzam iż upoważnienie zostało udzielone	Wysyłka na adres zamieszkania osoby upoważnionej	<input type="checkbox"/>

(4) Oświadczenie

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w CM Arnica, rozumiem i akceptuję określony nimi tryb oraz mam świadomość obowiązku pokrycia kosztów jej wydania, jeśli nie dotyczą mnie sytuacje zwalniające z tego obowiązku.
- Oświadczam, iż podane przeze mnie dane we Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej są zgodne z prawdą, oświadczenie powyższe (b) składam będąc świadomym/ą odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o jakiej mowa w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950, z późn. zm.)
- W przypadku wniosku o jakim mowa w pkt. (1) lit a. ppkt 7. oświadczam, iż zwłoka w wydaniu dokumentacji w innej formie niż w oryginale mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia Pacjenta, jednocześnie zobowiązuję się do jej zwrotu po wykorzystaniu.

(5) Tożsamość i status wnioskodawcy ustalono w oparciu o: (wypełnia upoważniony pracownik CM ARNICA)

Dokument tożsamości wnioskodawcy:	Nazwa	Seria/Numer
Metodą pytań bezpośrednich:		
Inne czynności weryfikacyjne:		
Dokumentację przedłożoną do wniosku:	Upoważnienie	Potwierdzające zagrożenie życia, zdrowia

Miejsce i data	Podpis wnioskodawcy / W przypadku odnotowania wniosku za wnioskodawcę imię i nazwisko pracownika CM Arnica z adnotacją, przyjęcia wniosku w innej formie niż ustna do realizacji	Data i podpis przyjmującego
----------------	--	-----------------------------

(6) Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Opłata tytułem udostępniania	Ilość stron	Kwota	Uregulowano
			<input type="checkbox"/>
Pierwszy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej w danym zakresie:			<input type="checkbox"/>
Zwolnienie z opłaty:			<input type="checkbox"/>
Podpis i data osoby udostępniającej w sposób zgodny z treścią wniosku:	Podpis:	Data:	

Podpis i data osoby odbierającej	Podpis:	Data:
---	----------------	--------------

(7) Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej:

Podpis osoby odbierającego zwracaną dokumentację medyczną	Podpis:	Data:
Potwierdzam kompletność zwracanej dokumentacji medycznej	Kompletna	Wybrakowana
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) informujemy, że:
- Administratorem danych jest ARNICA Olszewski i Wspólnik Spółka Jawna z siedzibą w Warszawie przy ul. Wąwozowa 22 lok 89, 02-796 Warszawa NIP 951-234-98-68, REGON 145849450 wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XIV Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 000399487, prowadząca Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ARNICA, adres do korespondencji Centrum Medyczne ARNICA przy ulicy Rynek 10; 05-082 Stare Babice, adres e-mail: biuro@cmarnica.pl
- Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się korespondencyjnie na adres: ul. Rynek 10, 05-082 Stare Babice, bądź mailowo na adres: b.duch@obslugarodo.pl ;
- Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania, ewidencjonowania i realizacji wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej, skontaktowania, udzielenia informacji w związku z udostępnieniem dokumentacji – na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. C i art. 9 ust. 2 lit. H RODO;
- Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).
- Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, podmioty z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych;
- Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnianie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 5 lat zgodnie z rzeczowym wykazem akt.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

Zapoznałem się:

.....
Data i podpis wnioskodawcy