

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE DRUKOWANYMI LITERAMI
 przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem na drugiej stronie wniosku

Pruszków, dnia.....

1. WNIOSKODAWCA (dane osoby występującej o dokumentację)

Imię i nazwisko.....

Adres:.....

PESEL:..... telefon:.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- a. do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- b. wydanie kserokopii
- c. wydanie wyciągu
- d. wydanie odpisu
- e. przekazanie karty uodpornienia (karta szczepień) do innej jednostki

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- a. wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- b. wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- c. wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

Proszę wypełnić jeżeli wniosek składa osoba z punktu b lub c

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko.....

Adres.....

PESEL:..... telefon:.....

3. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- a. dokumentację odbiorę osobiście* przez osobę upoważnioną* w siedzibie podmiotu leczniczego
- b. dokumentację proszę przesłać listem poleconym na adres wnioskodawcy lub na inny adres:
.....
- c. dokumentację proszę przesłać mailem na adres:.....
- d. proszę przesłać na adres Przychodni
.....

4. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (proszę podać nazwę poradni oraz okres leczenia)

..... w okresie.....

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na drugiej stronie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
 (data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
 (data i podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU OSOBISTEMU (dotyczy pkt 3a)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
 (data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
 (data i podpis wnioskodawcy)

*) niepotrzebne proszę skreślić

POUCZENIE

1. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
 - a) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu
 - b) osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie;
 - c) upoważnionym organom.
3. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma wyłącznie osoba upoważniona przez pacjenta za życia
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
 - a) do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej w obecności pracownika udostępniającego dokumentację i w uzgodnionym terminie;
 - b) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii
 - c) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów.
 - d) e-mailem na wskazany we wniosku adres.
5. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu następuje wyłącznie na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu. Pacjent nie może żądać wydania oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów.
6. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
7. Zgoda na udostępnienie dokumentacji albo jej odmowa następuje na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej. W przypadku nie wyrażenia zgody odmowa wydania dokumentacji wydawana jest w formie pisemnej z uzasadnieniem.
8. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie w przypadku odbioru dokumentacji przez osoby inne niż pacjent, którego dokumentacja jest udostępniana.
9. Upoważnienie o którym mowa w pkt. 8 dla swojej ważności musi być sporządzone w obecności pracownika DOM MED. W innym przypadku upoważnienie musi być zaopatrzone w notarialnie lub urzędowo poświadczony podpis upoważniającego.
10. Dokumentacja wydawana jest niezwłocznie.
11. DOM MED nie pobiera opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

Polityka prywatności – ochrona danych osobowych

W związku z obowiązkiem informacyjnym oraz prawem pacjenta do kontroli i weryfikacji swoich danych osobowych oraz uzyskania informacji o zasadach przetwarzania danych osobowych, zgodnie z zapisami 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 (dalej: RODO), przekazujemy poniżej informację na temat przechowywania, przetwarzania i celów przetwarzania danych osobowych, mającą charakter zapewnienia o zachowaniu należytej staranności po stronie **Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska DOM-MED w Pruszkowie**.

1. Administratorem podanych przez Państwa danych osobowych jest **Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska DOM-MED w Pruszkowie, ul. Kubusia Puchatka 11, 05-800 Pruszków (Przychodnia)**.
2. Dane przetwarzane są w zbiorach danych medycznych Przychodni (teleinformatycznych i papierowych) zgodnie z zasadami przetwarzania danych osobowych podanymi w art. 5-11 RODO). Przychodnia utrzymuje i zapewnia bezpieczeństwo przetwarzanych danych, zarówno systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna jak i papierowej dokumentacji medycznej. Dane są przechowywane i archiwizowane zgodnie z zapisami Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6.11.2008 r. (tekst jedn. Dz. U. 2017r. poz. 1318)., Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzoru dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069) oraz wewnętrznymi uregulowaniami Przychodni.
3. Przychodnia zbiera i przetwarza dane w celu ochrony zdrowia, udzielania i zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentom, zapewnienia prawidłowego przebiegu procesu leczenia oraz w celu archiwizacji danych zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem (**Dane medyczne**).
4. Dane medyczne mogą być udostępniane
 - podwykonawcom Przychodni w zakresie świadczenia usług medycznych i serwisowych na podstawie podpisanych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych,
 - podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności RODO oraz Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6.11.2008 r. (tekst jedn. Dz. U. 2017r. poz. 1318).
5. Zgodnie z art. 15 – 21 RODO każdemu pacjentowi przysługuje pełne prawo do kontroli przetwarzania danych osobowych, które jego dotyczą, a są zawarte w zbiorach Przychodni; w szczególności prawo do uzyskania wyczerpującej informacji o przetwarzanych zbiorach, o celu, zakresie i sposobie przetwarzania danych, prawo do dostępu do swoich danych osobowych, do ich sprostowania, do ograniczonego przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do usunięcia danych.