



Poznań dnia

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja

Imię i nazwisko

PESEL

nr telefonu kontaktowego

Dane wnioskodawcy*

*należy wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa osoba inna niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

Imię i nazwisko

PESEL

nr telefonu kontaktowego

Rodzaj dokumentacji

Dokumentacja dotyczy leczenia w:

Poradni

w okresie od..... do

Oddziale

w okresie od do

Inne

Sposób odbioru dokumentacji

Dokumentację odbiorę (zaznaczyć właściwą odpowiedź)

☐ osobiście

☐ za pośrednictwem upoważnionej osoby

☐ proszę o przesłanie środków komunikacji elektronicznych na adres:

.....

☐ proszę o przesłanie dokumentacji pocztą na adres :

.....

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy



Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej*

*wypełnić gdy wnioskodawca deklaruje odbiór dokumentacji za pośrednictwem osoby upoważnionej

Ja niżej podpisana(y) PESEL
upoważniamlegitymującą(ego) się dowodem osobistym
seria numer do odbioru kopii dokumentacji medycznej zgodnie z danymi zawartymi
w niniejszym wniosku.

.....
czytelny podpis pacjenta

Proszę o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Szanując Twoją prywatność i dbając o to, abyś wiedział kto i w jaki sposób przetwarza Twoje dane osobowe, poniżej przedstawiamy informacje, które pomogą Ci to ustalić. 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), zwanego dalej RODO informuję, że:

1. Administratorem danych jest Szpital Miejski im. F. Raszei w Poznaniu
2. Szpital powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, dane kontaktowe e-mail: iod@raszeja.poznan.pl
3. Dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do weryfikacji uprawnień, rejestrowania i ewidencjonowania wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej.
4. Przetwarzanie danych 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 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
5. Odbiorcami Twoich danych osobowych są: przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona przez pacjenta.
6. Dane osobowe wnioskujących o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej będą przechowywane przez okres 5 lat.
7. Przysługuje Ci żądania od Administratora dostępu do treści Twoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
8. Masz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz, że przetwarzanie Twoich danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem prawnym. Brak podania niniejszych danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.
10. Twoje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

Dokumentację wydano (zaznaczyć właściwą odpowiedź)

Dokumentację otrzymałam/em

- ☐ Wnioskodawcy
☐ Osobie upoważnionej
☐ Wysłano pocztą
☐ Wysłano elektronicznie

.....
data

.....
podpis osoby wydającej

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odbierającej

Wypełniony wniosek należy przestać listownie na adres szpitala lub za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres archiwum@raszeja.poznan.pl lub złożyć osobiście w Składnicy Akt lub Rejestracji Głównej

TERMIN REALIZACJI

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej jest realizowany bez zbędnej zwłoki.