



# WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

11-500 Giżycko, ul. Obwodowa 3, woj. warmińsko – mazurskie

tel./fax 87 428-52-21; tel. 261 335 371

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Giżycko, dnia .....

### 1. DANE WNIOSKODAWCY

Imię i Nazwisko: ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy:.....Adres e-mail: .....

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

- wydanie kserokopii
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu
- wydanie wydruku
- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie dokumentacji na informatycznym nośniku danych
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- wydanie oryginału, albowiem zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.

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

### DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i Nazwisko: ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy:.....Adres e-mail:.....

### 2. PODSTAWA DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta, który niniejszym oświadcza, iż jest przedstawicielem ustawowym pacjenta: .....
- wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta (wówczas należy dołączyć do wniosku oryginał upoważnienia, o którym mowa w pkt 6 pouczenia)
- \*wniosek składa osoba bliska dla pacjenta, która niniejszym oświadcza, iż była osobą bliską dla pacjenta  
[\*dotyczy wyłącznie sytuacji złożenia wniosku po śmierci pacjenta]:.....

### 3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W PORADNI

nawa poradni ..... w okresie.....

### 4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: *(należy zaznaczyć X we właściwej rubryce)*

- dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
- do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam Panią/Pana .....  
legitymującego się dowodem osobistym nr .....
- dokumentację proszę przesłać na adres określony w pkt. 1, przesyłką poleconą
- dokumentację proszę przesłać na adres mailowy określony w pkt. 1.

### Pouczenie

1. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:

- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
- osobie upoważnionej przez pacjenta,
- upoważnionym organom oraz podmiotom określonym w art. 26 ust. 3, 3a, 3b i 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Po śmierci pacjenta, dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym lub osobą bliską.

4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:

- do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
- poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków,
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem 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,
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- na informatycznym nośniku danych.

5. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

6. W przypadku upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej, upoważnienie to zaleca się wpisać na pierwszej stronie wniosku.

7. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.

8. Dokumentacja wydawana jest w możliwie najkrótszym terminie.

9. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej uprawnionym organom oraz podmiotom, wynika z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

10. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, odbywa się po uprzednim uzgodnieniu terminu.

---

## 5. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....  
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
data i podpis wnioskodawcy

---

## 6. POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU

1. Tożsamość osoby ..... (*imię i nazwisko*) odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie: ..... nr ..... (*nazwa dokumentu*)

2. Pobrano opłatę w wysokości ..... za ..... stron dokumentacji medycznej

gotówka

przelew

.....  
Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

.....  
Czytelny podpis osoby pracownika wydającego dokumentację

## Informacje dotyczące przetwarzania danych

Realizując obowiązek z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 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) dalej Rozporządzenie 2016/679 zwanym dalej („RODO”):

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Giżycku z siedzibą przy ulicy Obwodowej 3, 11-500 Giżycko tel. 87 428 52 21
2. Informacje dotyczące przetwarzania danych dostępne są na stronie Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Giżycku z siedzibą przy ulicy Obwodowej 3, 11-500 Giżycko.
3. Z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych poprzez e-mail [oklinska@togatus.pl](mailto:oklinska@togatus.pl) lub pisemnie na adres Administratora.
4. Zbierane dane osobowe, są przetwarzane na podstawie:
  - art. 6 ust 1 lit. c) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji zadań i obowiązków prawnych ciążących na Administratorze
  - art. 23 ustawy Prawa pacjenta i Rzecznik praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.
  - Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
5. W sytuacji, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody ma Pani/Pan prawo do jej wycofania w każdym momencie co nie wpływa na legalność przetwarzania przed jej wycofaniem.
6. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami prawa, nie krócej jednak niż do czasu przedawnienia ewentualnych roszczeń.
7. Pani/Pana dane mogą zostać udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa lub podmiotom z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych (np. dostawcy oprogramowania komputerowego).
8. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie zostaną przekazane do państwa trzeciego.
9. W związku z przetwarzaniem posiada Pani/Pan prawo do dostępu do danych osobowych, żądania ich sprostowania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, żądania ograniczenia przetwarzania danych, ich przeniesienia lub usunięcia.
10. Jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzanie narusza przepisy o ochronie danych posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).