

**WNIOSEK**  
**o udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta**  
**Poddębickiego Centrum Zdrowia Spółki z o.o. z siedzibą w Poddębicach (Spółki PCZ)**

**DANE WNIOSKODAWCY:**

imię i nazwisko		PESEL	
seria i nr dokumentu tożsamości		nr telefonu	
adres zamieszkania			

**DANE PACJENTA: (należy wypełnić tylko wtedy, gdy dokumentacja medyczna nie dotyczy wnioskodawcy)**

imię i nazwisko			
PESEL lub data urodzenia			
adres zamieszkania		nr telefonu	

**PROSZĘ o UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI:**

z leczenia szpitalnego	Oddział		za okres	
z leczenia ambulatoryjnego	Poradnia			
zakres dokumentacji (np. cała, od str. do str., wyciąg, kopia, wydruk)				

**FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI należy zaznaczyć wybraną formę:**

<input type="checkbox"/>	wgląd w dokumentację medyczną z możliwością zrobienia zdjęć i/lub notatek, w siedzibie Spółki PCZ (nieodpłatnie)
<input type="checkbox"/>	wydanie oryginału z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)
<input type="checkbox"/>	sporządzenie odpłatnie przez Spółkę PCZ: wyciągów, odpisów lub kopii, z potwierdzeniem za zgodność z oryginałem
<input type="checkbox"/>	za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (nieodpłatnie)
<input type="checkbox"/>	na informatycznym nośniku danych (odpłatnie)

**DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ (należy zaznaczyć właściwy sposób odbioru):**

<input type="checkbox"/>	odbiorę osobiście
<input type="checkbox"/>	odbierze osoba wskazana w dokumentacji medycznej
<input type="checkbox"/>	proszę przekazać drogą pocztową wraz z fakturą za odpłatne przygotowanie dokumentacji
<input type="checkbox"/>	odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie jest elementem niniejszego wniosku

**Zostałem/łam poinformowany/a:**

- o wysokości opłaty z tytułu udostępnienia dokumentacji medycznej;
- o tym, że realizacja wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej nastąpi niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni roboczych licząc od dnia jego złożenia w Spółce PCZ.

.....  
data i czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

AKCEPTACJA przez członka Zarządu Spółki PCZ,  
gdy wnioskodawca nie jest pacjentem

potwierdzam odbiór dokumentacji

.....  
data, podpis odbierającego

**dotyczy wniosku**  
**o udostępnianie, dokumentacji medycznej pacjenta Poddębickiego Centrum Zdrowia**  
**Spółki z o.o. z siedzibą w Poddębicach (Spółki PCZ)**

**JA NIŻEJ PODPISANY** (wypełnia pacjent, który nie może odebrać osobiście dokumentacji medycznej, przygotowanej zgodnie z jego wnioskiem):

imię i nazwisko		PESEL	
seria i nr dokumentu tożsamości		nr telefonu	
adres zamieszkania			

**UPOWAŻNIAM**

imię i nazwisko		PESEL	
seria i nr dokumentu tożsamości		nr telefonu	
adres zamieszkania			

do odbioru dokumentacji medycznej, o której udostępnienie wniosła/em.

.....

*data i czytelny podpis wnioskodawcy*

.....  
*data i czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie*

Zgodnie z art. 13. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE L 119. z 4 maja 2016 r.), dalej RODO, Zarząd Spółki PCZ informuje:

1. Administratorem Danych Osobowych pozyskanych od wnioskodawców i/lub osób upoważnionych przez pacjentów, jest Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. z siedzibą w Poddębicach (99-200) ul. Mickiewicza nr 16. (dalej Administratorem);
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - email: sekretariat@nzozpcz.pl lub na adres pocztowy Administratora;
3. na podstawie art. 6. ust. 1. lit. c) oraz na podstawie art. 9. ust.1. lit. h) RODO dane osobowe przetwarzane będą w związku ze złożonym wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej;
4. odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
5. dane osobowe przechowywane będą przez okres określony przepisami prawa;
6. wnioskodawcom i/lub osobom upoważnionym przez pacjentów przysługuje prawo żądania od Administratora: uzyskania w jego siedzibie kopii swoich danych osobowych; dostępu do nich; ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18. ust. 2 RODO; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; przenoszenia danych; cofnięcia w dowolnym momencie zgody na ich przetwarzanie; wniesienia skargi do organu nadzorczego;
7. dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania i nie będą przekazywane do państw trzecich;
8. podanie danych osobowych jest obowiązkowe na mocy przepisów prawa.