

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji:

Imię i Nazwisko: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: .....

### Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja (wypełnić w przypadku gdy inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Proszę o:

- wydanie **kserokopii dokumentacji medycznej**
- sporządzenie i wydanie **odpisu dokumentacji medycznej**
- udostępnienie dokumentacji **do wglądu**

za okres od ..... do .....

Cel wydania dokumentacji: .....

- Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na wskazany adres
- Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście
- Dokumentację proszę wydać osobie upoważnionej przeze mnie na podstawie pisemnego upoważnienia zawierającego co najmniej imię i nazwisko oraz nr dowodu osobistego osoby upoważnionej

**Oświadczam, iż zapoznałem/lam się z obowiązującym w Centrum Medycznym AD-MED Regulaminem Organizacyjnym oraz cennikiem, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z wydaniem kserokopii (odpisu) dokumentacji medycznej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą zobowiązuję się do pokrycia kosztów wysyłki).**

Wrocław, dnia ..... roku

.....  
podpis wnioskodawcy

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych Pacjentów jest Centrum Medyczne AD-MED Sp. z o.o., ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław.
- 2) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 4) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 5) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej/wysłania listem poleconym.

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

..... nr.....  
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

.....  
(podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....  
(podpis pracownika wydającego dokumentację i pieczętka imienna)

Wysłano listem poleconym - nr nadawczy ..... dnia .....

.....  
(podpis pracownika wydającego dokumentację i pieczętka imienna)