



Dnia __/__/__-__/__/__-__/__/__

WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DO SEKCJI DS. JAKOŚCI I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. **WNIOSKODAWCA** Pacjent osoba upoważniona przez Pacjenta przedstawiciel ustawowy Pacjenta osoba bliska dla zmarłego Pacjenta¹

Imię i nazwisko.....nr dok. tożsamości.....

Adres zamieszkania - ulica..... nr domu.....nr mieszkania.....

Kod pocztowy.....miejscowość.....Nr tel.

e-mail.....

2. **DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY**

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Adres zamieszkania - ulica.....

nr domu.....nr mieszkania.....Kod pocztowy.....miejscowość.....

3. **RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I ZAKRES** z hospitalizacji - z okresu: z leczenia ambulatoryjnego - z okresu: kopia badań obrazowych (CD) - rodzaj badania i data wykonania:4. **WNIOSKUJĘ O** sporządzenie kopii (powielenie istniejącego dokumentu, odzwierciedlającego całą treść oryginału); sporządzenie odpisu (wiernie odtworzenie informacji na podstawie istniejącego dokumentu wraz z podpisem osoby upoważnionej do sporządzenia odpisu dokumentacji z zaznaczeniem, że jest to „ODPIS”); sporządzenie wyciągu (dokument sporządzony z innego dokumentu, odzwierciedlający część treści oryginału, opatrzony pieczętką „WYCIĄG”, informacją, z jakiego dokumentu został sporządzony wraz z datą tego dokumentu oraz podpisem osoby upoważnionej do sporządzenia wyciągu dokumentacji); sporządzenie wydruku z elektronicznego systemu prowadzonej dokumentacji medycznej sporządzenie skanu na nośniku danych; oryginał za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu (oryginał jest wydawany wyłącznie uprawnionym organom lub podmiotom w rozumieniu art. 27 ust.1 pkt.3) ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). wgląd (w siedzibie Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego Państwowego Instytutu Badawczego); inne.....5. **SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI** odbiór osobisty przez Wnioskodawcę odbiór przez osobę upoważnioną przez Wnioskodawcę przesłanie listem poleconym na wskazany przez Wnioskodawcę adres przesłanie drogą elektroniczną**Za udostępnienie dokumentacji medycznej nie pobiera się opłaty, jeśli Pacjent lub przedstawiciel ustawowy wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie i sposobie udostępnienia.**

W przypadku wysyłki kopii, odpisu lub wyciągu dokumentacji medycznej drogą pocztową, wnioskodawca obowiązany jest do pokrycia kosztów wysyłki według cennika wynikającego z umowy zawartej przez Narodowy Instytut Kardiologii z operatorem pocztowym.

UWAGA!Odbiór dokumentacji medycznej odbywa się w dni robocze w godz. od 08:00-14:45. W przypadku, gdy **WNIOSKODAWCA** nie odbierze dokumentacji medycznej sporządzonej zgodnie z wnioskowaniem, dokumentacja zostanie wysłana wraz z fakturą na adres wskazany w pkt.1 (wysyłka odbywa się nie częściej, niż raz na trzy miesiące)......
Czytelny podpis WNIOSKODAWCY.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek¹ Osoba bliska w rozumieniu art.3 ust.1 pkt2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Za dokumentację medyczną określoną oraz zaznaczoną w pkt. 4 zobowiązuję się pokryć koszty jej sporządzenia zgodnie z cennikiem obowiązującym w Instytucie. Udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie Instytutu jest bezpłatne.



ODPOWIEDŹ NA WNIOSEK

- Wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej – nr Ks. gł/wykaz główny przyjęć i wypisów.....
- Nie wyrażam zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej

Uzasadnienie (konieczne tylko w sytuacji odmowy wydania dokumentacji).....
.....

.....
data, podpis osoby uprawnionej

POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam zgodność danych osobowych podanych we wniosku na stronie pierwszej z okazanym dokumentem tożsamości ze zdjęciem nr

POTWIERDZENIE ODBIORU

Oplata za udostępnienie dokumentacji wynosi:

kopii dokumentacji w wersji papierowej - liczba stronkoszt.....zł

odpisu dokumentacji w wersji papierowej- liczba stronkoszt.....zł

wyciągu z dokumentacji - liczba stronkoszt.....zł

wydruku - liczba stronkoszt.....zł

Kopia badań obrazowych/scan dokumentu na nośniku danych (CD)- liczba CD.....koszt.....zł

oryginału dokumentacji - liczba stron....., który zobowiązuję się zwrócić do dnia.....

Łączna kwota za udostępnienie dokumentacji medycznej wynosizł

(słownie:.....zł)

Forma płatności: paragon faktura przelew (Potwierdzenie płatności.....)

.....
Data podpis osoby uprawnionej do wydania dokumentacji medycznej

POTWIERDZAM ODBIÓR UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZGODNIE Z WNIOSKIEM.

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

Załącznik: Klauzula informacyjna dla wnioskodawcy lub osób działających w jego imieniu – **czytaj str.3**



Klauzula Informacyjna dla wnioskodawcy lub osób, działających w jego imieniu

1. Informacje dotyczące administratora danych

Administratorem Państwa danych osobowych jest Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie, przy ul. Alpejskiej 42 (kod pocztowy: 04-628).

2. Inspektor ochrony danych

Nad prawidłowością przetwarzania Państwa danych osobowych czuwa wyznaczony przez Administratora Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres e-mail iod@ikard.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

3. Cel i podstawy przetwarzania

Państwa dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizowaniem otrzymanego wniosku/skargi, a także w celu obrony przed roszczeniami powstałymi w związku z realizacją wniosku/skargi, na podstawie naszego prawnie uzasadnionego interesu, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f RODO².

4. Okres przechowywania danych

Okres przechowywania Państwa danych przetwarzanych na potrzeby rozpatrzenia wniosku/skargi będzie zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, czyli przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano wniosek/skargę. Czas ten może ulec wydłużeniu, jeżeli z przepisów prawa wynikać będzie dłuższy okres przedawnienia roszczeń związanych z realizacją wniosku.

5. Odbiorcy danych osobowych

Państwa dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom do tego upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, które świadczą na rzecz Administratora usługi prawne, IT oraz analityczne.

6. Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy

Państwa dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych, chyba, że taki obowiązek wynika z przepisów prawa.

7. Prawa osób, których dane dotyczą

Przysługuje Państwu prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.

Mają Państwo również prawo wnieść skargę na sposób przetwarzania do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres UODO, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

8. Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do zrealizowania wniosku/skargi. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani nie będą poddawane profilowaniu.

² Rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”), (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).