

SZPITAL NEUROPSYCHIATRYCZNY
im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZOZ
ul. Abramowicka 2
20-442 Lublin

W N I O S E K O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NR

1. Dane pacjenta (drukowanymi literami):

Imię i nazwisko:PESEL:

Adres:

2. Dane osoby wnioskującej (wypełnić jeśli inne niż powyżej):

Imię i nazwisko:PESEL:

Adres.....

3. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (właściwie zaznaczyć):

kopia odpis wyciąg wydruk wynik badania (CD) wgląd

z leczenia w Oddziale/Poradni/Pracowni

całość historia choroby karta informacyjna wyniki badań zapisy wizyt lekarskich inne

.....

4. Dokumentację odbiorę osobiście: tak nie

5. Zapoznałam (-em) się z cennikiem i zasadami opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (jeżeli dotyczy). Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii/odpisu/wyciągu dokumentacji medycznej przy odbiorze dokumentacji.

6. Dokumentację odbierze: (wypełnić jeżeli w pkt.4 zaznaczono - nie)

.....

(imię i nazwisko osoby odbierającej)

7. Zobowiązuję się powiadomić osobę odbierającą o konieczności pokrycia kosztów wykonania kserokopii/odpisu/wyciągu dokumentacji medycznej.

.....

(data i podpis osoby składającej wniosek)

.....

(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

8. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SPZOZ w Lublinie w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.

.....

(data i podpis osoby składającej wniosek)

9. Zakres udostępnionej dokumentacji medycznej (opisać zgodnie z pkt. 3):

-
-
-
-
-
-

10. Dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany(-a), legitymujący(-a) się

..... (podać rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA WNIOSKODAWCY

Zgodnie z art.13 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 str.1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str.2) zwanego dalej RODO informuję, że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SPZOZ w Lublinie, email: sekretariat@snzoz.lublin.pl tel.: Dyrektor 81 7440966; sekretariat Dyrekcji 81 7286402 (zwany dalej „Administratorem”).
- Pani/Pana dane osobowe będą zbierane i przetwarzane w celu realizacji złożonego wniosku.
- Podstawą prawną przetwarzania jest art.6 ust.1 lit. a RODO.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne (niezbędne do rozpatrzenia złożonego wniosku).
- Nie udostępniamy Pani/Pana danych osobowych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa, upoważnionym pracownikom, podmiotom przetwarzającym na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania.
 - Odbiorcy danych: a) upoważnieni przez Administratora pracownicy i współpracownicy, w zakresie niezbędnym do wykonywania swoich obowiązków, b) pacjent o którego Pani/Pan wystąpiła, c) instytucje uprawnione do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów prawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w Szpitalu Neuropsychiatrycznym SPZOZ w Lublinie przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym został rozpatrzony złożony wniosek.
- Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
- Udostępnione przez Panią/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować pod adresem iodo@snzoz.lublin.pl
- we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
- Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ulica Stawki 2 00 - 193 Warszawa.