

DARCH.....

## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Kraków, dnia .....

### I. Dane osoby zgłaszającej wniosek

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)

.....  
.....

### II. Osoba zgłaszająca wniosek jest:

*(proszę zaznaczyć właściwe)*

Pacjentem

Przedstawicielem ustawowym Pacjenta

Osobą upoważnioną przez Pacjenta

Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta\*

### III. Dane Pacjenta którego dotyczy wniosek

1. Imię (imiona) i nazwisko .....

2. Numer PESEL .....

### IV. Zakres wnioskowanej dokumentacji

1. Dotyczy leczenia *(proszę zaznaczyć właściwe)*

o we wskazanych poradniach/klinikach/oddziałach/pracowniach

.....  
.....

2. Dotyczy *(proszę zaznaczyć właściwe)*

leczenia w okresie.....

całości dokumentacji medycznej

wskazanych rodzajów dokumentów.....

badania obrazowego na płycie CD.....

### V. Sposób udostępnienia dokumentacji

*(proszę zaznaczyć właściwe)*

na cyfrowym nośniku danych (CD/DVD)

wysyłka pocztowa na podany adres

sporządzenie kserokopii

wysłanie skanu na podany adres e-mail

sporządzenie odpisu

odbiór osobisty

odbiór osobisty przez osobę upoważnioną

.....

**(czytelny podpis osoby składającej wniosek lub upoważnionej)**

- osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Szpital udostępnia oryginał dokumentacji medycznej: a) podmiotom uprawnionym, b) w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, c) w przypadku wniosku o udostępnienie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy

**Potwierdzam odbiór:**  
(proszę zaznaczyć właściwe)

o wydania dokumentacji medycznej

O udostępnienie dokumentacji do wglądu

.....

**(czytelny podpis osoby składającej wniosek lub upoważnionej)**

.....

**(pieczętka i podpis pracownika realizującego wniosek)**

#### Klauzula informacyjna

##### dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej

- Administratorem Danych Osobowych jest Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.  
Os. Złotej Jesieni 1, 31-826 w Krakowie, reprezentowany przez Prezesa Spółki
- W sprawach związanych z ochroną danych osobowych należy się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej: [rodo@rydygierkrakow.pl](mailto:rodo@rydygierkrakow.pl), 12 646 80 05
- Administrator Danych Osobowych będzie przetwarzał dane osobowe wnioskującego przez okres 3 lat w wypadku gdy nie został uprzednio upoważniony przez pacjenta lub w inny sposób wskazany w dokumentacji medycznej a w sytuacji gdy dane wnioskującego widnieją już w dokumentacji przez okres 20, 22 lub 30 lat liczonych od daty sporządzenia ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej stosownie do okresów przechowywania dokumentacji, która była przedmiotem wniosku, określonych w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera dostępne są na witrynie internetowej: [szpitalrydygier.pl](http://szpitalrydygier.pl) w zakładce Szpital > RODO i Deklaracja dostępności