

DARCH.....

## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej (wypełnić drukowanymi literami)

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)

o Pacjentem

o Przedstawicielem ustawowym Pacjenta

o Osobą upoważnioną przez Pacjenta

o 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)

o leczenia w okresie.....

o wskazanych rodzajów dokumentów.....

o badania obrazowego na płycie CD.....

### V. Sposób udostępnienia dokumentacji

(proszę zaznaczyć właściwe)

o na cyfrowym nośniku danych (CD/DVD)

o wysyłka pocztowa na podany adres

o sporządzenie kserokopii

o wysłanie skanu na podany adres e-mail

o sporządzenie odpisu

o odbiór osobisty

o 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

1. 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
2. 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
3. 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.
4. 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.
5. 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