

**Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego  
ul. Kozielska 2a  
47-411 Rudnik**

....., dnia .....

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

**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
- Osobą upoważnioną przez Pacjenta
- Przedstawicielem ustawowym Pacjenta
- Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta\*

**III. Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek**

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Pesel: .....

**IV. Zakres wnioskowanej dokumentacji**

1. Dotyczy leczenia (proszę zaznaczyć właściwe)

- w poradni POZ (por. pediatryczna)
- w poradni otolaryngologicznej
- w poradni ginekologiczno - położniczej

2. Dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe)

- leczenia w okresie.....
- całości dokumentacji medycznej
- wskazanych rodzajów dokumentów.....

**V. Sposób udostępnienia dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe)**

- do wglądu w siedzibie SPZLA w Rudniku
- o poprzez sporządzenie kserokopii
  - o proszę o poświadczenie za zgodność z oryginałem
- poprzez sporządzenie wyciągu
- poprzez sporządzenie odpisu
- poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych
- poprzez wypożyczenie oryginału\*\*
- poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres

**VI. Sposób odbioru dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe)**

- odbiorę osobiście
- odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie upoważniona
- proszę o przesłanie listem poleconym na podany adres

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

**VII. Adnotacje pracownika SPZLA dotyczące udostępnienia dokumentacji**

- Odmowa udostępnienia (proszę zaznaczyć w przypadku odmowy udostępnienia)
- Udostępnienie

**1. Potwierdzam: (proszę zaznaczyć właściwe)**

- wydanie dokumentacji medycznej w formie:
  - kserokopii za zgodność z oryginałem
  - inne.....

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

- udostępnienie dokumentacji do wglądu

.....  
(data i czytelny podpis pracownika wydającego/udostępniającego dokumentację)

## VIII. Udostępnienie oryginału dokumentacji

### 1. Potwierdzenie wypożyczenia i zwrotu oryginału dokumentacji:

**Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu**

.....

*(data i czytelny podpis osoby, której wypożyczono oryginał dokumentacji)*

**Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji:**

.....

*(data i czytelny podpis pracownika przyjmującego dokumentację)*

### 2. Inne adnotacje:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### KLAUZULA INFORMACYJNA - RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO), obowiązującego od 25 maja 2018 r., informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Rudniku Kontakt z administratorem jest możliwy także za pomocą adresu mailowego [biuro@spzla-rudnik.pl](mailto:biuro@spzla-rudnik.pl).
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Aleksandra Cnota-Mikołajec. Kontakt z inspektorem jest możliwy za pomocą adresów mailowych: [aleksandra@eduodo.pl](mailto:aleksandra@eduodo.pl) lub [iod@eduodo.pl](mailto:iod@eduodo.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku z przekazaniem danych kontaktowych w wydanym upoważnieniu do wglądu i odbioru dokumentacji medycznej na podstawie:
  - Art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b i h w związku z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
  - ) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działających na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
  - ) podmioty świadczące usługi zdrowotne w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych przez Administratora danych oraz Narodowy Fundusz Zdrowia,
  - ) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z administratorem przetwarzają jego dane osobowe,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3. W przypadkach, w których wymagają tego przepisy ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz innych ustaw wymienionych w pkt. 3 niniejszego dokumentu - przez czas określony w tych przepisach.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
7. Ma Pani/Pan prawo żądania od Administratora:
  - a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich pierwszej kopii,
  - b) do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
  - c) do usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 17 RODO oraz art. 18 RODO,
  - d) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na zasadach opisanych w art. 21 RODO,
  - e) do przenoszenia danych, zgodnie z art. 20 RODO,
  - f) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W celu skorzystania oraz uzyskania informacji dotyczących praw określonych powyżej (lit. a-f) należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Danych Osobowych.

8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, a od 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
9. Podanie przez Państwa danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych byłby brak możliwości upoważnienia Pana/Pani do wglądu lub odbioru dokumentacji medycznej.
10. Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

\* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

\*\* SPZLA udostępni 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 klisz