Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego sp. z o.o.

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko

PESEL

Adres do korespondencji (wyłącznie przy wysyłce pocztowej)

Adres e-mail (wyłącznie przy wysyłce pocztą elektroniczną)

2. Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

3. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (zaznaczyć X)

- ☐ do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- ☐ wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem
- ☐ wydanie wyciągu
- ☐ wydanie odpisu
- ☐ wydanie wydruku
- ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- ☐ na informatycznym nośniku danych CD/DVD (w przypadku badań obrazowych)

4. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (zaznaczyć X)

- ☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- ☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta / opiekun prawny (niepotrzebne skreślić)
- ☐ wnioskodawca posiada upoważnienie udzielone przez pacjenta
- ☐ inny, wskazać jaki:

np. po śmierci pacjenta osoba bliska ze wskazaniem stopnia pokrewieństwa lub powinowactwa. Osobą bliską w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

5. Dokumentacja dotyczy leczenia

Poradnia / oddział

W okresie (od do)

6. Sposób odbioru dokumentacji (zaznaczyć X)

☐ odbiór osobisty
☐ przez osobę upoważnioną
☐ inny, wskazać jaki: _____

7. Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem/-am się ze sposobem i trybem udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania.

data i podpis osoby przyjmującej wniosek

data i czytelny podpis wnioskodawcy

8. Potwierdzenie wydania i odbioru (wypełnia UCZKiN)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej. L.p. w wykazie wydanej dokumentacji medycznej: _____

data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

Uwaga. Jeżeli wnioskodawcą jest osoba inna niż pacjent albo osoba wskazana przez pacjenta w dokumentacji medycznej, należy dołączyć upoważnienie do udostępnienia dokumentacji medycznej (Załącznik nr 2).

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych:

1. Administratorem danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego sp. z o.o., z siedzibą przy pl. Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa. Z Administratorem można skontaktować się listownie, pisząc na ww. adres, pod nr tel.: +48 22 583 03 10 oraz za pośrednictwem adresu e-mail: biuro@uczkin.pl.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, Panią Paulinę Gogolewską, z którą można skontaktować się w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: iod@uczkin.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celach: a) realizacji ustawowego obowiązku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi lub innym uprawnionym podmiotom i osobom (art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 26 i art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta); b) weryfikacji tożsamości oraz uprawnień prawnych Wnioskodawcy do dostępu do wnioskowanej dokumentacji medycznej (art. 6 ust. 1 lit. c RODO, obowiązek prawny związany z ochroną tajemnicy lekarskiej i zabezpieczeniem danych medycznych przed osobami nieuprawnionymi); c) ewentualnego rozliczenia kosztów wykonania kopii lub wyciągów dokumentacji medycznej oraz prowadzenia sprawozdawczości finansowo-księgowej (art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z przepisami ustawy o rachunkowości).

4. Jeżeli wniosek składa osoba inna niż pacjent, dane identyfikacyjne tej osoby pochodzą bezpośrednio od niej lub z dokumentacji medycznej pacjenta. Dane dotyczące stopnia pokrewieństwa lub powinowactwa pozyskiwane są z oświadczenia wnioskodawcy lub dokumentów przedstawionych do wglądu.
5. Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, operatorzy pocztowi (w przypadku zlecenia wysyłki dokumentacji) oraz dostawcy systemów IT obsługujący szpitalną sieć i oprogramowanie medyczne na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych.
6. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej stanowi integralną część dokumentacji medycznej pacjenta. Jest przechowywany przez okres wymagany przepisami prawa dla danej kategorii dokumentacji, co do zasady przez 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.
7. Każdej osobie, której dane są przetwarzane, przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania. Prawo do usunięcia danych nie ma zastosowania ze względu na ciążący na UCZKiN ustawowy obowiązek archiwizacji dokumentacji medycznej.
8. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa), jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.
9. Podanie danych we wniosku jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją odmowy podania danych lub okazania dokumentów potwierdzających uprawnienie jest brak możliwości zweryfikowania tożsamości i statusu Wnioskodawcy, co skutkuje odmową realizacji wniosku i nieudostępnieniem dokumentacji medycznej.