

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	☐ Przedstawicielem ustawowym Pacjenta
☐ Osobą upoważnioną przez Pacjenta	☐ Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta*

III. Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek

1. Imię (imiona) i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. PESEL:

IV. Zakres wnioskowanej dokumentacji

1. Dotyczy leczenia (proszę zaznaczyć właściwe)
- ☐ we wszystkich poradniach/klinikach/oddziałach/pracowniach Medic Park
- ☐ we wskazanej poradni/pracowni:
.....
2. Dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe)
- ☐ leczenia w okresie
- ☐ całości dokumentacji medycznej
- ☐ wskazanych rodzajów dokumentów:
.....
.....

V. Sposób udostępnienia dokumentacji

(proszę zaznaczyć właściwe)

☐ poprzez sporządzenie kserokopii	☐ poprzez sporządzenie odpisu
☐ poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres	☐ proszę o poświadczenie za zgodność z oryginałem

VI. Sposób odbioru dokumentacji

(proszę zaznaczyć właściwe)

☐ odbiorę osobiście	☐ odbierze ją osoba upoważniona przeze mnie
☐ proszę o przesłanie listem poleconym na podany adres	

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek lub pracownika przyjmującego wniosek)

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

VII. Adnotacje pracownika Medic Park dotyczące udostępnienia dokumentacji

A. Odmowa udostępnienia (proszę zaznaczyć w przypadku odmowy udostępnienia)

.....
.....

B. Udostępnienie

Potwierdzam: (proszę zaznaczyć właściwe)

☐ wydanie dokumentacji medycznej

☐ udostępnienie dokumentacji do wglądu

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

VIII. Udostępnienie wnioskowanej dokumentacji

1. Potwierdzenie odbioru dokumentacji

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
(data i czytelny podpis osoby, której wydano wnioskowaną dokumentację)

2. Inne adnotacje:

.....

Klauzula informacyjna

dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku (dalej: RODO) informuję, iż:

1. **Administratorem** podanych danych jest Medic Park Sp. z o.o. z siedzibą w Płocku, ul. Kolegialna 18, 09-402 Płock, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy KRS za numerem 0000602360, NIP: 7743225912, REGON: 363016089. Można skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: kontakt@medicpark.pl lub telefonując pod numer: 24 267 46 25.

2. **Inspektorem Ochrony Danych** jest Maciej Gibiński, reprezentujący Kancelarię Adwokacką Centrum Doradcze Prawa Medycznego dr n. praw. adwokat Maciej Gibiński. Kontakt z Inspektorem: e-mail: biuro@cdpm.pl, listownie: Kancelaria Adwokacka CDPM, Inspektor Ochrony Danych, ul. Beliny Prażmowskiego 17/2, 31-514 Kraków. Dane kontaktowe dostępne są również na stronie www.cdpm.pl/kontakt.

3. **Uzyskamy** od Państwa następujące dane: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, numer PESEL, rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, dane dotyczące stanu zdrowia, numer telefonu, adres poczty elektronicznej.

4. **Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu** prowadzenia przez Administratora działalności leczniczej, w szczególności świadczenia usług medycznych oraz prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej.

5. **Podstawy prawne** przetwarzania danych osobowych przez Administratora stanowią przepisy RODO, w tym między innymi art. 6 ust. 1 lit. a), b), c), h) oraz art. 9 ust. 2 lit. b), c), h), w związku z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

6. **Państwa dane osobowe** Administrator może udostępniać upoważnionemu personelowi Medic Park, osobom odbywającym staże i praktyki, podmiotom, z którymi Medic Park posiada umowy na świadczenie usług związanych z przetwarzaniem danych, oraz organom państwowym.

7. **Posiadają Państwo prawo** dostępu do swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu, a także wycofania zgody na ich przetwarzanie. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie niemożnością wykonania usługi medycznej.

8. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez Państwa wyraźnej zgody oraz nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

Blizsze informacje można uzyskać na stronie internetowej www.medicpark.pl w zakładce RODO lub od pracownika Rejestracji.