



Nr dok. Zał. Nr 1 do P-02/10	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA	Wersja 8	Strona nr 1/2
	Udostępnianie i obieg dokumentacji medycznej oraz udzielanie informacji dotyczących pacjentów	Obowiązuje od: 01.04.2025	Klasyfikacja wewnętrzny

Załącznik nr 1 do P-02/10

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

- Imię (imiona) i nazwisko.....
- Data urodzenia lub PESEL
- Adres zamieszkania.....
- Dane kontaktowe: numer telefonu:, adres e-mail:

II. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK (wypełnić w przypadku osoby innej niż w pkt I powyżej)

- Imię (imiona) i nazwisko.....
- Adres zamieszkania.....
- Dane kontaktowe: numer telefonu:, adres e-mail:

III. PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W ZAKRESIE (zaznaczyć właściwe):

- ☐ CAŁOŚĆ dokumentacji medycznej,
CZĘŚĆ dokumentacji medycznej to jest:
- ☐ karta informacyjna z leczenia szpitalnego,
- ☐ historia choroby (dotyczy leczenia szpitalnego)
- ☐ historia zdrowia i choroby (dotyczy leczenia ambulatoryjnego)
- ☐ inna dokumentacja

Za okres od do

Z leczenia w

Proszę wskazać nazwę oddziału/poradni/zespołu leczenia środowiskowego, w którym pacjent był leczony

IV. SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI (zaznaczyć właściwe):

- ☐ do wglądu,
- ☐ wyciąg,
- ☐ odpis,
- ☐ kopia,
- ☐ wydruk
- ☐ na informatycznym nośniku danych (dotyczy tylko dokumentacji wytwarzanej w postaci elektronicznej)
- ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (dotyczy tylko dokumentacji wytwarzanej w postaci elektronicznej)

V. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (zaznaczyć właściwe):

- ☐ Odbiorę osobiście
- ☐ Odbierze osoba wskazana w upoważnieniu
- ☐ Proszę o wysłanie pocztą (listem poleconym) na adres pocztowy:
.....
- ☐ Proszę o wysłanie pocztą elektroniczną/ na adres
- ☐ Proszę o wysłanie Elektroniczną Skrzynką Nadawczą

Nr dok. Zał. Nr 1 do P-02/10	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA	Wersja 8	Strona nr 2/2
	Udostępnianie i obieg dokumentacji medycznej oraz udzielanie informacji dotyczących pacjentów	Obowiązuje od: 01.04.2025	Klasyfikacja wewnętrzny

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kopii/odpisu/wyciągu/wydruku dokumentacji medycznej/udostępnieniem dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy - imię i nazwisko

VI. POTWIERDZENIE TOŻSAMOŚCI:

.....
Wniosek wpłynął Nr wniosku
data i podpis pracownika

VII. POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- ☐ Liczba stron Liczba nośników danych
(wpisać w przypadku udostępniania płatnego)
☐ Naliczono opłatę w wysokości

Udostępniona dokumentacja (Nr Ks. Gł. lub okres lub sygnatura archiwalna):

.....
CAŁOŚĆ dokumentacji medycznej/karta informacyjna z leczenia szpitalnego/historia choroby lub historia zdrowia i choroby/inna dokumentacja:

1. Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
data czytelny podpis osoby odbierającej

.....
rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość czytelny podpis osoby wydającej

2. Potwierdzam, przesłanie kopii dokumentacji medycznej na wskazany przez wnioskodawcę adres

.....
data czytelny podpis pracownika przesyłającego

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH OSÓB WNIOSKUJĄCYCH O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Szanowna Pani/Panie, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej „RODO”) informujemy:

1. Administrator Danych Osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Szpital Kliniczny im dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie** (zwany dalej Szpitalem Babińskiego), adres: ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków, telefon: 12 65 24 347, e-mail: biuro@babinski.pl.

2. Inspektor Ochrony Danych Osobowych

Szpital Babińskiego powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, poprzez adres e-mail: iodo@babinski.pl lub pisemnie na adres korespondencyjny Szpitala Babińskiego wskazany w pkt. 1.

3. Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji Pani/Pana wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz wypełnienia obowiązku spoczywającego na Szpitalu Babińskiego na podstawie art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

4. Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych (np. numer telefonu) oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Pełna treść Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania przez Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie danych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej jest dostępna na stronie internetowej: www.babinski.pl w zakładce: Pacjent i rodzina » Udostępnianie dokumentacji medycznej.