



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ostrowiec Św., dnia.....

### DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK:

1. Imię (imiona) nazwisko .....PESEL.....
2. Dane kontaktowe:  
adres zamieszkania .....  
adres e- mail..... numer telefonu .....

### OSOBA ZGŁASZAJĄCA WNIOSEK JEST:

- Pacjentem  przedstawicielem ustawowym Pacjenta  
 osobą upoważnioną przez Pacjenta  osobą bliską dla zmarłego Pacjenta\*

### DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. PESEL .....

### ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI:

1. Dotyczy leczenia:  
 we wszystkich poradniach  
 w następujących poradniach .....
2. Dotyczy:  całości dokumentacji  leczenia w okresie .....

### SPOSÓB UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI:

- poprzez sporządzenie kserokopii  poprzez sporządzenie odpisu  
 poprzez sporządzenia skanu i umieszczenie go na nośniku danych  poprzez spręczenie wyciągu  
 poprzez sporządzenia skanu i przesłanie drogą elektroniczną elektroniczną pod wskazany adres e-mail .....hasło do pliku .....

### SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:

- odbiorę osobiście  
 do wglądu w siedzibie podmiotu  
 odbierze osobiście, osoba pisemnie przeze mnie upoważniona

Ja, niżej podpisany/a upoważniam:

Imię, nazwisko osoby upoważnionej .....  
Numer dokumentu tożsamości ..... PESEL .....  
do odbioru dokumentacji medycznej o udostępnienie , której złożyłem/am wniosek.

.....  
(Czytelny podpis)

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

Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną potwierdzam na podstawie

.....  
(Numer seria dokumentu tożsamości)

Dokumentację wydano dnia .....

Wysłano listem poleconym nr nadawczy ..... dnia.....

Pobrano opłatę w wysokości .....za .....stron dokumentacji medycznej\*.

*UWAGA. Przedmiotowa opłata nie jest pobierana w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:  
1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu, po raz pierwszy w żądanym zakresie w powyżej wyszczególniony sposób.*

Wystawiono fakturę nr ..... z dnia.....

.....  
(Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....  
(Czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

Administratorem Pana/i danych osobowych jest: Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GOMED- OSTROWIEC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka jawna z siedzibą: ul. Polna 9f, 27-400 Ostrowiec Św.

W sprawach związanych z ochroną danych osobowych należy się skontaktować z inspektorem danych Osobowy pisząc na adres email: [iodo@gomed.com.pl](mailto:iodo@gomed.com.pl), lub dzwoniąc na numer telefonu 41 247 03 10.

Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit h RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta art. 26 ustawy.

Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, uzupełnienia, prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli okazałoby się, że przetwarzane dane są niezgodne z prawem.

Podanie danych jest dobrowolne lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku o udostępnienie danych.

Dane osobowe mogą być udostępnione uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa.

Dane osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez wyraźnej zgody i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie podlegają również procesowi profilowania.

Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

\*Opłata za dokumentację zgodna z cennikiem opłat będącym załącznikiem do Regulaminu Organizacyjnego.