

Szczecin, dnia.....

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**SP ZOZ MSWiA w Szczecinie**

**ul. Jagiellońska 44**

**70- 382 Szczecin**

### **Dane pacjenta:**

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Nr PESEL:..... Nr telefonu.....

### **Dane wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Nr PESEL:..... Nr telefonu.....

Niniejszym, proszę o wydanie dokumentacji medycznej w formie **kopia/wgląd\*** prowadzonej dla (imię i nazwisko)....., któremu(ej) udzielono świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ MSWiA Szczecinie na **Oddziale/Poradni/Pracowni\***....., za okres od..... do.....

Wniosek dotyczy wydania dokumentacji w **części /całości\***

Wskazać rodzaj dokumentów:.....

Dane lekarza rodzinnego w **SP ZOZ MSWiA**:.....

**Dokumentację odbiorę osobiście / proszę przesłać\*** na adres: .....

SP ZOZ MSWiA w Szczecinie informuję, że udostępnienie **pierwszej kopii dokumentacji medycznej** pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu jest **bezpłatne**, zgodnie z *art. 28 ust. 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Za **kolejną** kopię dokumentacji szpital **pobiera opłatę** zgodnie z obowiązującym cennikiem.

### **Koszty przesyłki kurierskiej ponosi wnioskodawca.**

Termin oczekiwania na dokumentację medyczną: **niewzłocznie**, a w każdym razie w terminie nie przekraczającym 7 dni roboczych.

Archiwum dla interesantów czynne: **Poniedziałek - Piątek** w godzinach **7:30-15:05.**

**Upoważniam** do odbioru mojej dokumentacji medycznej **Panią/Pana\***.....

legitymującego się nr dowodu:..... lub nr PESEL:.....

### **Uwagi**

.....

.....  
**/czytelny podpis wnioskodawcy/**

**\* właściwe podkreślić**

**Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych znajduje się na drugiej stronie wniosku.**

### ***Klauzula informacyjna***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 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 (dalej: RODO); (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani /Pana danych osobowych jest: **SP ZOZ MSWIA w Szczecinie ul. Jagiellońska 44, Szczecin;**
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres e-mail: [lubinski@spzozmswia.szczecin.pl](mailto:lubinski@spzozmswia.szczecin.pl);
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej, skontaktowania, udzielenia informacji w związku z udostępnieniem dokumentacji – na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. C i art. 9 ust. 2 lit. H RODO;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, podmioty z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych w celu prowadzenia procesu udostępniania dokumentacji;
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
- 7) ma Pani/Pan prawo wzniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie Pana/ Pani danych osobowych w celu udostępnienia dokumentacji medycznej jest obligatoryjne na mocy odrębnych przepisów prawa;
- 9) **Pana /Pani dane osobowe nie są i nie będą poddawane profilowaniu.**